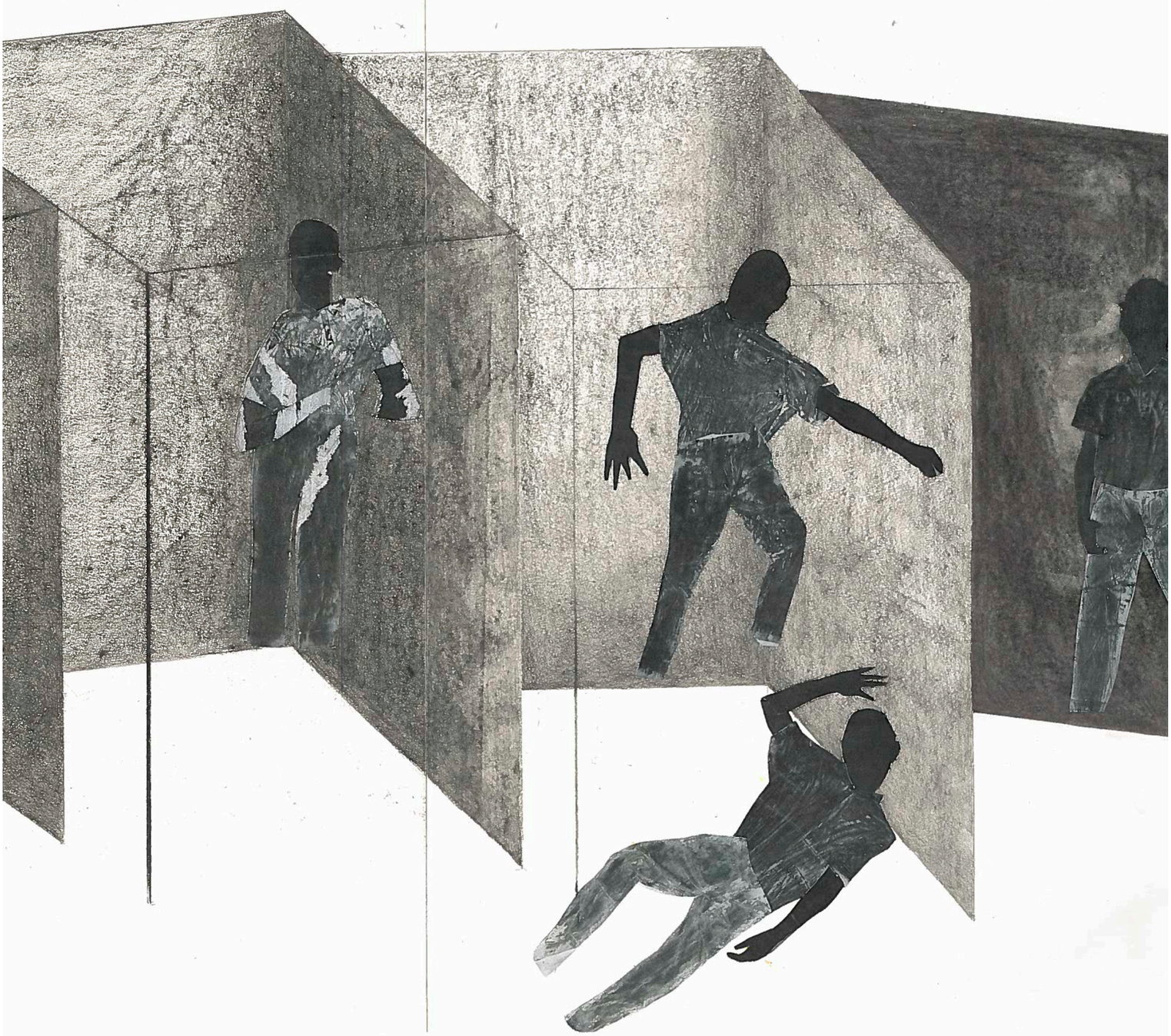


MICRURUS

CONTRE LA MÉDECINE® ET SON MONDE

VOL. II

Nous fûmes le Collectif Médecine Libertaire. Ce collectif fut composé d'individu·e·s qui souhaitèrent penser et agir autour de la santé, de la médecine et du corps, dans une perspective anarchiste. Pour nous le système médical est l'un des relais des dominations de classe, de « race » et de genre ; la question de la santé pose la question du rapport à la norme et à la normalité que nous voulons subvertir. Dans ce cadre, nous tentâmes de définir des bases théoriques communes pour à la fois penser et lutter contre les travers sinistres du système médical actuel. Ceci passa aussi par la mise en œuvre de pratiques collectives, libératrices et autonomes, afin de se réapproprier nos corps et nos vies.

mediccaen@riseup.net

SOMMAIRE

ÉDITO p. 7

État et psychiatrie : une histoire d'intérêts communs p. 11
Romain Bonnel

Le conseil de l'ordre des médecins : l'incarnation du pouvoir médical p. 25
Léon Moriba

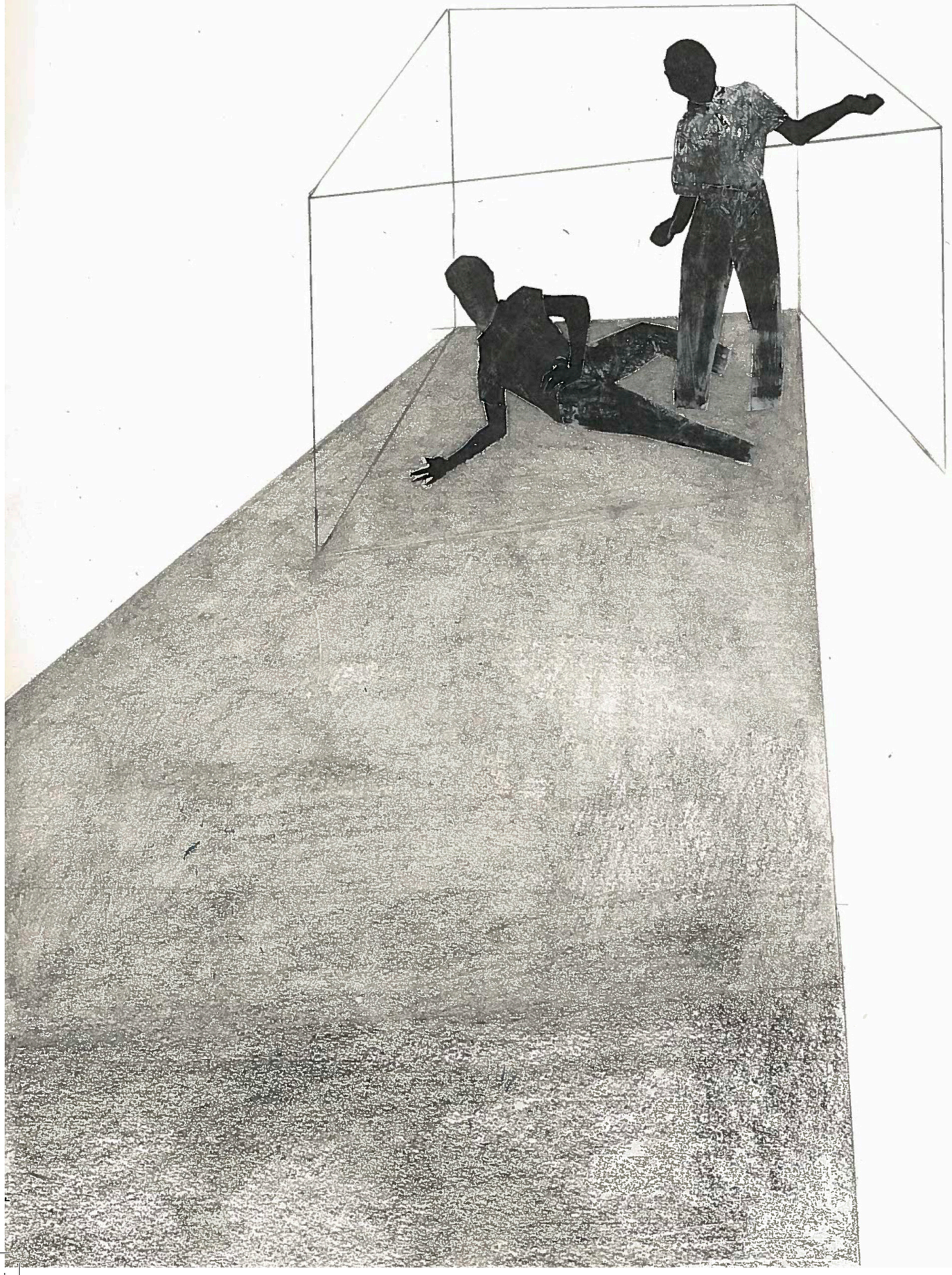
Négationnistes en congrès p. 35
Les sanctuaires de l'abîme, Nadine et Thierry Ribault

L'enfermement et la question de l'autorité médicale p. 43
Pierre & Kassandra

Clinique ou politique ? p. 57
Collectif La Petite Alternative de Santé

Silence, ici on lutte. La délégation du soin dans les milieux anars p. 71
Sam Daicrus

Illustrations de Caro.



Édito

À travers *Micrurus* nous avons simplement souhaité penser et faire penser la médecine d'un point de vue libertaire. Autant parce que la médecine et le rapport que nous pouvons avoir à nos corps est une porte d'entrée dans le politique[1] des plus conséquentes, que parce que ce thème a peu été exploré dans le courant de pensée « anti-autoritaire » de ces dernières années.

Que l'on fasse une analyse structurale de l'organisation politique de la médecine occidentale ou que l'on se penche sur le biopouvoir et les rapports intimes que chacun·e d'entre nous a pu expérimenter à son contact (ou plutôt au contact de ses institutions ou de ses représentant·es[2]), il y a un exercice rupturiste important à mettre en œuvre. Cette exercice, nous le faisons nôtre dans le but d'arracher aux dominant·es ou à leurs systèmes une autonomie des corps dans une perspective émancipatrice plus large.

Notre but ici n'est pas de construire une nouvelle doctrine, mais de rassembler des textes qui peuvent nourrir la réflexion et amener à des actions. Nous ne sommes pas en accord total avec ces textes, c'est pourquoi nous avons choisi de commenter certains points qui nous paraissaient les plus problématiques. En outre, la plupart de ces textes ne sont pas féminisés, et nous déplorons l'invisibilisation qui en résulte.

---

1. Espace inter-individuel, lieu privilégié des tensions et des contradictions qui définissent l'individu·e comme indissociablement sujet et objet d'une forme d'organisation ou d'une réalité sociale. Il intègre pleinement l'exercice du pouvoir et les mécanismes de domination volontaires ou involontaires. Ces mécanismes révèlent le mode d'existence comme l'effet d'une volonté positive aux prises avec les déterminismes (psycho-)sociaux. Nous l'opposons à *la* politique, qui renvoie à la gestion professionnelle et séparée de nos vies.

2. La question de la féminisation des expressions renvoyant aux personnes faisant partie du système médical, en particulier celles occupant des positions de pouvoir et à même de développer des pratiques oppressives, a été difficile à trancher pour nous. En effet, nous trouvions important de visibiliser le fait que dans le système médical, les positions de pouvoir sont principalement occupées par des hommes, et que leur rôle et leurs pratiques relèvent du patriarcat (et des autres formes de domination existantes), et contribuent à le renforcer. On peut alors supposer que les femmes occupant ces positions de pouvoir reprennent certains des codes masculins, et contribuent à les perpétuer (par exemple la misogynie), mais qu'elles sont susceptibles d'en être également victimes. D'autre part, les personnes travaillant au sein du système médical en bas de la hiérarchie sont principalement des femmes (aides-soignantes, infirmières, sages-femmes), dont le travail implique un accès au corps, à l'intimité des patient·e·s, d'où des pratiques qui peuvent être intrusives et faire violence. Nous pensons que cette situation est liée à la structure du système, au rythme de travail, à l'assignation à des tâches dévalorisées, et que si elle renforce le patriarcat, c'est cette fois au détriment de ces soignant·e·s placé·e·s en bas de la hiérarchie. Nous ne nions pas que certaines femmes puissent avoir des pratiques délibérément abusives, exploitant et renforçant une position de pouvoir (le cas échéant) ; néanmoins, nous remarquons que la structure du système de santé est fortement patriarcale.

Par contre, si dans les textes écrits par nous, il y a un ou deux oublis de féminisation, c'est peut-être juste qu'on n'est pas des machines...

De plomb, de vinyle et de velours

Si la science des médecins et des nucléocrates[3] s'est construite un temps en opposition au pouvoir religieux, les clergés n'en ont pas moins déserté les lieux de pouvoir. C'est au fond toujours un peu la même histoire, celle des chefs voulant juste qu'on admette qu'ils ont raison ; puis des suivants qu'ont plus raison, ou plutôt raison tout court. C'est aussi celle des ringard·e·s du système de pouvoir précédent ; en l'occurrence, les dévots catholiques.

L'expert sait, le profane doit sourire et obéir. C'est à ce dernier d'assumer les conséquences de sa mauvaise vie : les causes ne seraient pas sociales mais individuelles (culpabilisation) et/ou cérébrales (neurosciences). On est individuellement responsable d'un capital santé placé sous surveillance et mesure constante. C'est tout un maillage de pouvoirs et de guerres de chapelles qui lie les corps et délie les solidarités.

Si la concurrence a bien lieu entre les différents systèmes dominants dans la conquête de nouveaux territoires d'influences et l'extension de leurs compétences, ils savent aussi créer des alliances. Ainsi s'est construite la psychiatrie, en libérant des chaînes métalliques pour en substituer de plus ergonomiques et chimiques. *État et psychiatrie : une histoire d'intérêts communs* montre comment la psychiatrie a travaillé à légitimer sa fonction et sa nécessité, aussi bien auprès de l'appareil juridique que gouvernemental. Et la voici dépositaire d'une part du contrôle social.

Mais un ordre, ça se maintient, dans les esprits comme dans les corps, et le décorticage opéré dans *Le conseil de l'ordre des médecins : l'incarnation du pouvoir médical* de la puissante corporation qu'est l'Ordre des médecins montre à quel point l'intérêt de cette caste médicale prime sur l'intérêt collectif.

Et ça se maintient même quelques millions d'années s'agissant des déjections nucléaires. Et là, c'est le bal des chefs : ainsi médecins, militaires, scientifiques organisent des messes médiatiques pour dire que « non le nucléaire, c'est pas dangereux », que le croire est anxiogène et pathogène, « nucléophobie »[4] oblige. *Négationnistes en congrès* analyse et dévoile des enjeux et passifs des principaux protagonistes nucléocrates pesant de leur « aura », financière ou scientifique, pour faire taire les réfractaires à végéter à Fukushima. Certain·e·s porte au cou une cravate, d'autres des dosimètres[5]...

Ce qui est social n'est envisagé par le pouvoir qu'en terme de dysfonctionnement du corps isolé. C'est parfois étreint d'une main de fer, parfois gantée de flanelle, que la/le patient·t·e est enjoint·e à suivre comme

3. Politicien·nes, industriel·les et/ou haut·es fonctionnaires favorables au développement du nucléaire.

4. C'est-à-dire une peur irraisonnée et idéologique de tout ce qui peut avoir trait à l'énergie nucléaire. Qualificatif utilisé pour décrédibiliser les opposant·e·s au nucléaire.

5. Instrument de mesure destiné à mesurer la dose radioactive ou l'équivalent de dose reçus par une personne.

presque tout le monde le protocole et les sens iniques. *L'enfermement et la question de l'autorité médicale* questionne cette dépossession, voire cette infantilisation dans la « relation » thérapeutique. Paradoxe d'une société libérale de patient·e jeton en attente des coordonnées de la prochaine case.

Mais les tentatives hérétiques existent néanmoins, tentant de subvertir ses différents ordres et les forces qui les confortent. *Clinique ou politique ?* pose la question de l'articulation entre autonomie politique et autonomie en terme de santé, à travers les pratiques médicales dans des collectifs de soin et des dispensaires sociaux en Grèce. Si faire office de suppléance temporaire à l'État n'en tracassent pas certain·e·s, d'autres, plus radicales et radicaux, allient plus fortement leur pratique de soin avec un engagement militant prononcé. Sauf que, dans un cas comme dans l'autre, l'autonomie dans le soin passe souvent au second plan, soit derrière l'action politique soit derrière l'« efficacité » (l'urgence ?) médicale.

Car souvent la praxis (au sens d'action sous-tendue par une idée vers un résultat pratique) anarchiste semble néanmoins prendre la tangente dominante lorsqu'il s'agit de penser et d'agir le soin. *Silence, ici on lutte. La délégation du soin dans les milieux anars* questionne la mise en retrait du soin et de celleux en souffrance dans les collectifs libertaires. Y est proposé dans le même temps d'envisager le·s soin·s selon une perspective anarchiste et autonome, notamment par l'articulation entre attentions aux communs qui tissent les groupes et prise en compte des singularités.

État et psychiatrie : une histoire d'intérêts communs

Romain Bonnel

Avertissement : ce texte traite une période de l'histoire (de la fin XVIIIème jusqu'au milieu du XIXème) et de faits juridiques et biographiques qui peuvent sembler ennuyeux. Ceci étant, il tend à démontrer que la violence psychiatrique que nous subissons aujourd'hui ne vient pas de nulle part. Cette origine s'explique par des fondements idéologiques, des intérêts et des représentations qui non seulement sont sensiblement les mêmes qu'aujourd'hui, mais qui en plus, sont dès le départ, largement condamnables. L'idée est que mieux nous connaîtrons le comment et le pourquoi des oppressions sociales et politiques, plus nous serons à même de les combattre et de les détruire.

Par ailleurs, ce texte doit beaucoup à l'ouvrage de l'historienne Jan Goldstein, Consoler et classifier : L'essor de la psychiatrie française*, édité par les éditions Les empêcheurs de pensée en rond, en 1997. Il est également inspiré des travaux de l'historienne Laure Murat qui a notamment publié* L'homme qui se prenait pour Napoléon : Pour une histoire politique de la folie, facilement trouvable en poche.

*****

Dans un premier temps, il sera question de comprendre à travers un regard historique et critique, comment est née la psychiatrie qui, avant d'avoir ce nom, s'appelait l'aliénisme[1]. En partant de l'institutionnalisation de la médecine, nous verrons sa tendance à la spécialisation qui aboutit rapidement à ce que l'on appelait autrefois la « médecine des fous ». Il sera ensuite question de comment cette spécialité médicale un peu particulière qu'est la psychiatrie a rapidement pris corps et forme courant XIXème. Enfin, ce sont les connivences fortes entre l'État et la corporation médicale qui seront discutées. La psychiatrie, sortant son épingle du jeu dans cette course aux intérêts, parvient à s'imposer notamment grâce à la fameuse loi de 1838*. Il est effectivement primordial d'analyser cette construction sociale et politique avant d'évoquer les premières critiques ou les premières révoltes contre cette même psychiatrie (ayant eu lieu quelques années après cette fixation professionnelle et étatique).

1. Le terme « psychiatrie » pourtant forgé dès début 1800 par un médecin allemand, ne fera son apparition en France qu'à partir des années 1840 pour devenir couramment employé seulement vers la fin du XIXème siècle. Sa signification est simple puisque psyche en grec renvoie à « âme ou esprit » tandis que iatros signifie « médecin ». Pourtant, malgré cette simplicité, il a longtemps été préféré des synonymes plus longs comme « médecine des fous », « médecine mentale » puis à partir des années 1830 « aliénisme ». Il en est de même du terme « psychiatre » qui, bien qu'il apparaisse dans un dictionnaire français dès 1802, ne sera usité qu'après la certitude que la psychiatrie soit belle et bien indétrônable, c'est-à-dire début XXème.

C'est dans un autre temps (dans un prochain numéro de Micrurus ?) que seront abordées les premières réactions qu'il est possible d'appeler antipsychiatriques mais qu'il faudrait plutôt appeler antialiénistes pour ne pas faire preuve d'anachronisme (ce que je ne respecterai plus dans la suite de mon écrit pour une simple question de forme).

*** « La loi de 1838 » :**

Il faut bien avoir en tête que cette loi de 1838 est une loi totalisante qui gère et administre la folie et tout ce qui s'y apparente. Elle le fera pendant 152 ans. C'est pourquoi elle a fait couler beaucoup d'encre et continue d'en faire couler à travers ce texte et cet encadré.

La Loi sur les aliénés n°7443 du 30 Juin 1838 commence ainsi : « Au palais de Neuilly, le 30 Juin 1838. Louis-Philippe, roi des Français, à tous présents et à venir, Salut. Nous avons proposés, les Chambres ont adopté, nous avons ordonné et ordonnons ce qui suit : ».

Elle déroule ensuite trois chapitres appelés « Titre » dont je vais résumer très succinctement les deux premiers.

Le premier Titre s'intitule « Des établissements d'aliénés » et se résume facilement puisqu'il instaure la présence d'un asile dans chaque département. Cet asile, s'il est public, est « placé sous la direction de l'autorité publique » et, s'il est privé, « est placé sous la surveillance de l'autorité publique ». Il est intéressant de remarquer que les membres de l'autorité publique « recevront les réclamations des personnes qui y seront placés » et devront « visiter » très régulièrement ces établissements, ce qui montre, déjà à l'époque, le souci et la mascarade de la participation citoyenne.

Le second Titre « Des placements faits dans les établissements d'aliénés » traite de comment les personnes sont « retenues » et comment elles peuvent obtenir leur « sortie ». La première section fait mention « des placements volontaires » (PV). Ce terme est un abus de langage et un trompe-l'œil car il laisse entendre que la personne internée le serait volontairement. En fait il n'en n'est rien, puisque le consentement du sujet n'est pas nécessaire pour qu'il/elle soit enfermé·e. Un tiers pouvait demander son internement. Il faut ensuite un certificat médical sauf « en cas d'urgence, les chefs des établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin ». D'autres articles précisent qu'il faut un autre certificat médical après 24 heures, au quinzième jour et que pour sortir, même avant « la guérison » déclarée par les médecins, il faut qu'un tiers en fasse la demande. La seconde section traite « des placements ordonnés par l'autorité publique » et constitue les placements d'office (PO). Cela permet l'enfermement des sujets « dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes ». Ce sont les préfets (préfets de police pour Paris) qui ordonnent ce placement sauf « en cas de danger imminent » ou les maires (commissaires de police pour Paris), « attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique », peuvent d'eux-mêmes décider la rétention. La troisième section s'occupe « Des dépenses du service des aliénés » qui sont « à la charge des personnes placées » quand cela est possible, évidemment. La quatrième section « Dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés » expose des articles concernant les droits de « la personne placée ou retenue ». Aussi, il est déjà question de la mise en place de curateur et curatrice.

I. Les antécédents de la psychiatrie : les différents modèles « politico-médicaux »

Avant de se distinguer dans une spécialité médicale à proprement parler, les psychiatres ont d'abord fait partie de la profession médicale, qui n'était pas découpé en disciplines spécifiques. Or il n'est pas envisageable de regarder l'histoire de la psychiatrie sans regarder *a minima* l'histoire politique de la médecine.

Ainsi, trois grands modèles politico-médicaux se confrontaient avant que la psychiatrie se fige en organe de contrôle au service de l'État.

Tout d'abord, le modèle corporatif fait suite à l'organisation corporatiste de la médecine française du XVIIIème siècle dont la formation était quasi exclusivement théorique. La corporation était le mode d'organisation de la plupart des professions jusqu'en 1789. Elle possédait ses propres règlements. C'est alors le début de la Faculté de Médecine, du Collège de Médecine et autres corporations commerciales qui tendaient à capter et conserver le monopole de l'enseignement du savoir médical et de la délivrance des soins dans un territoire donné. Aussi, pour renforcer la gloire de la médecine dominante que souhaitaient incarner ces institutions, le recours à la censure d'ouvrage était chose courante et tout conflit d'opinion devait immédiatement prendre fin. En ce qui concerne la pratique, c'est la suite de la chasse aux sorcières, avec les attaques en règle contre toutes initiatives autonomes d'individus qui se sentaient à même de soigner. Indépendantes financièrement, ces corporations médicales n'en demeuraient pas moins hiérarchisées, patriarcales et très attachées à l'État. Attachement que la médecine a dû resserrer pour s'assurer que les « charlatans » et autres guérisseurs - en l'occurrence probablement beaucoup de guérisseuses - ne fassent pas d'ombre au monopole qu'elle s'était progressivement construite.

Le modèle étatique, plus récent, prend racine dans la Société royale de médecine fondée à la fin du XVIIIème siècle et première agence d'État en matière de santé. Ce modèle fait concurrence directe au modèle corporatif en mariant instruments de l'État avec la pensée des Lumières. C'est alors le règne de la police de la santé (c'est, on l'oublie trop souvent, comme cela que s'appelait la politique de santé) qui se développera grâce à l'administration publique. En gérant ses besoins élémentaires et son environnement, elle pensait rendre la population nombreuse, productive et contribuable tout en canalisant ses désirs de révolte. Pour les défenseurs de ce modèle, le médecin ne devait pas se retrouver dans une corporation qui lui permettait d'exercer un art dans une zone géographique délimitée, il devait appartenir à l'État et faire preuve d'engagement, d'intégrité et de foi en la science médicale. C'est donc un processus de médicalisation qui démarre et dont les buts sont d'amener la médecine dans les campagnes pour supprimer les guérisseuses et guérisseurs « indépendant·e·s », insuffler l'hygiénisme en réaction à l'industrialisation polluante et uniformiser les pratiques et la formation des médecins.

Le modèle du laissez-faire renvoie à un courant de pensée économique et politique plus large qui sous-tendait le respect de la propriété légitime et le principe de non-agression. Plus clairement, c'est le libre commerce d'entreprendre sans régulation ni interventionnisme d'un pouvoir structuré. Ce moment post-révolutionnaire (1791-1803) fait que l'art de guérir était, par la loi certes, un commerce non régulé et ouvert à toutes et tous. N'importe qui pouvait s'installer pour soigner et était en droit de fixer ses propres tarifs, de créer sa propre école de médecine. Cela devait favoriser l'émergence d'autodidactes qui - après avoir réussi un examen -, en se mettant en concurrence, se stimuleraient et baisseraient leur prix. En 1793, la Société royale de médecine fut abolie tout comme les universités un an auparavant. Ce modèle était soutenu par les sans-culottes[2] qui réclamaient dans une de leur pétition « une médecine populaire, infiniment préférable et plus certaine que toutes les pratiques souvent erronées de nos médecins ». Reste qu'il fallait tout de même contrôler un minimum les pratiques en les régulant. Il a été évoqué pour cela une « police de la médecine ». Évidemment, ce modèle ne fut relayé par quasiment aucun législateur et perdit rapidement le rapport de force contre les deux autres modèles qui luttèrent encore quelques années avant de voir le courant étatique l'emporter très largement avec la loi de 1803* qui est LA loi de la profession médicale et qui ne sera retouchée qu'en 1892.

2. Les sans-culottes furent un groupe de révolutionnaires radicaux, issus du peuple, qui revendiquaient une démocratie directe. Ils furent nommés ainsi en lien avec leur refus de porter la culotte qui, au XVIIIème siècle, était le costume ordinaire des nobles et des bourgeois.

*** Loi de 1803 :**

Le général Napoléon Bonaparte a pris le pouvoir par un coup d'Etat en 1799. En 1800 il renforce la centralisation administrative en nommant à la tête de chaque département un préfet. La loi du 19 Ventôse An XI qui organisera et structurera les professions médicales en France pour tout le XIXème siècle est donc votée en 1803. L'idée étant de soumettre ses professions (médecins, chirurgiens, sages-femmes) au contrôle de l'État centralisé, ce à quoi, pour diverses raisons, les médecins n'ont quasiment pas protesté. Parallèlement à cette loi, la bureaucratie étatique menait des enquêtes statistiques pour évaluer systématiquement l'étendue du « charlatanisme » en France.

Le contenu de cette loi implique la création d'écoles médicales dirigées par l'État dans lesquelles sont organisés des examens très coûteux permettant l'accès à l'exercice de la médecine. Les femmes n'ont pas le droit de s'y inscrire. Les études durent 4 ans et aboutissent à deux types de grade. Un supérieur pour le statut de docteur avec soutenance de thèse, et un inférieur pour les officiers de santé qui exercent bien davantage en campagne. La bureaucratie d'État vérifie ensuite les titres et créances des postulants et établit la liste de docteurs certifiés qui souhaitent pratiquer dans une localité de leur choix. Aussi, des tribunaux d'État distribuent des amendes pour pratique illégale de la médecine, les contrevenants étant ensuite attrapés et dénoncés pars le personnel administratif de l'État.

En s'assurant de la qualification qui était auparavant uniquement vérifiée localement par les pairs (dans les Facultés de médecine ou les Collèges de chirurgie) ; en excluant l'accès à l'exercice des professions médicales aux plus démunis, et en créant

une médecine à deux vitesses (les docteurs pour les riches de la ville et les officier de santé pour les pauvres de la campagne), l'administration de l'Empire cristallise contrôle et autoritarisme, rendant les médecins davantage soumis et dépendants. Ces derniers deviennent alors des interlocuteurs privilégiés de l'autorité publique. Honorés d'une confiance officielle qu'ils ont d'ailleurs généralement sollicitée, ils se plient aux contraintes de leurs missions consultatives ou actives (que ce soit en lien avec les commissions municipales ou les dispositifs préfectoraux), sans élever d'exigences pécuniaires excessives. Pour simplifier, disons que les uns y gagnent de l'argent et les autres de la considération.

Cette loi de police médicale prépare le terrain aux parasites que sont la médicalisation du peuple et l'hygiénisme social. Elle prépare, dans les mentalités, une transformation profonde : l'accoutumance progressive des corps aux recours de la médecine et de la pharmacie ainsi qu'aux précautions hygiénistes (dépistages, prévention, gestion des risques, etc.).

Il convient donc de garder à l'esprit la place prépondérante de l'État dans le modèle français de la profession médicale au XIXème siècle – et son corollaire, la continuité des traditions d'ancien régime de police de santé – au moment d'analyser la naissance de la psychiatrie.

Ce n'est qu'à partir de 1830-1840 qu'en lien avec la tradition artisanale, la spécialité médicale apparaît en tant que telle. Les « médecins des fous » s'inscrivent donc dans un mouvement plus large de spécialisation de la médecine avec l'apparition des oculistes itinérants, des lithotomistes[3], des réducteurs d'hernie, etc. Même l'instauration d'un asile spécialisé dans tous les départements n'était pas chose nouvelle puisque l'idée avait été soumise au gouvernement au début du XIXème siècle à propos des cliniques ophtalmologiques.

II. La profession de psychiatre : comment faire corporation

La psychiatrie française s'est donc professionnalisée en même temps qu'elle s'est bureaucratisée et sécularisée. Pour s'imposer dans le paysage social comme spécialité, la discipline doit engager des luttes sur plusieurs fronts. Toutes seront victorieuses et permettront son hégémonie.

Il y aurait un consensus sociologique pour dire qu'une profession est formée à partir du moment où elle regroupe différents critères :

1) Un corpus de connaissances partagées au sein de la profession d'aliénistes

Dès 1798, avec son ouvrage Nosographie philosophique, Philippe Pinel (1745-1826), qui est considéré comme le père de la psychiatrie moderne, propose une classification des maladies mentales. C'est le début du diagnostic

3. Les lithotomistes se chargeaient de réduire les calculs de l'appareil urinaire grâce au lithotome qui était un instrument qui s'introduisait dans l'urètre afin de réduire le calcul qui se trouvait à l'intérieur de la vessie.

en psychiatrie. On cherche à mettre des individualités dans des cases étroites, rigides et bien carrées. Puisque, la majorité du temps, personne ne rentre franchement dans ses cases, on va les forcer à coup de suggestions, de contraintes ou d'exagération et on va les maltraiter en fonction. Cette tentative de classification ne s'arrêtera plus et s'intensifiera.

Pris dans un mouvement plus large de physiologisme matérialiste et d'anticléricalisme, les psychiatres de l'époque localisent la folie dans les organes et vont disséquer des cervelles à tout va. Peut-être un peu trop salissant, mais surtout ne donnant aucun résultat probant, certains d'entre eux vont se tourner vers la phrénologie qui consiste à dire en fonction de la forme du crâne de quoi est atteint psychiquement le sujet. Tous ne mordront pas à cette mode qui bat son plein dans les années 1830, mais il est bon de savoir que certains adeptes joueront un rôle important en terme politique, puisqu'ils participeront directement à l'élaboration de la loi de 1838.

Puis, ce fut le courant « spiritualiste », une forme de psychologie philosophique qui prit de l'ampleur une fois que les dissections et la théorie des bosses des crânes furent épuisées.

À partir de 1850, c'était la mode de la dégénérescence. Renouvelant sans cesse le corpus pseudo-scientifique, les psychiatres élaborent la « folie héréditaire » et cherchent à classer les maladies en fonction de leur cause. Il faut donc tordre le cou au nouveau fléau social qu'est le « dégénéré » qui risque de gangréner tout le corps social. Cela se remplit et se nourrit dans un même mouvement d'hygiénisme voir d'eugénisme.

Quant aux thérapeutiques utilisées, celles-ci suivent globalement les pensées diagnostiques. Plus la maladie est considérée comme un mal, plus le traitement doit redresser brutalement l'individu pour le remettre dans le bien et la norme. Outre les techniques de manipulation, les traitements à base d'eau et de contention ont produit des écrits et des pratiques malheureusement devenues habituelles et massives. Ce type de « connaissance » a également fait couler beaucoup d'encre tout en imposant une maltraitance horrible sur les corps[4].

2) Un monopole

Pour accéder au monopole de la prise en charge des aliéné·e·s, il a fallu chasser les religieux qui pendant des siècles et des siècles s'étaient octroyé cette faveur. En leur piquant quelques recettes et en les transformant habilement, cela assura aux psychiatres un certain succès et une notoriété évidente (le pardon et la consolation transformés en « traitement moral », la réclusion transformée en « isolement thérapeutique », etc.).

---

4. Il serait trop long de revenir sur les « traitements » imposés aux psychiatrisé·e·s au cours de l'histoire. En revanche, je ne peux m'empêcher de renvoyer à l'excellent ouvrage passé aux oubliettes de Bernard de Fréminville : *La raison du plus fort. Traiter ou maltraiter les fous ?* Publié en 1977, ce travail de thèse de cet ancien psychiatre (il a changé de profession assez rapidement, et on peut le comprendre vu la justesse et la puissance des propos de son livre) fait, entre autres, un inventaire de tous les moyens ayant existé officiellement afin de calmer les fous. Incontournable !

La monomanie-homicide a été une maladie créée par Esquirol. Il écrivait qu'il s'agissait d'un « délire partiel, caractérisé par une impulsion plus ou moins violente au meurtre ». Elle fut défendue contre les magistrats qui s'opposaient à l'extension de l'irresponsabilité des criminels, et du même coup à celle de la psychiatrie médico-légale. Entre 1824 et 1830, des affaires célèbres ont été le prétexte de grandes discussions entre les experts médicaux et les juges qui restaient très réticents devant le diagnostic de monomanie-homicide largement utilisé par les psychiatres. Vingt ans plus tard, la doctrine de la monomanie-homicide allait connaître son déclin pour finir par complètement disparaître. Mais, entre-temps et grâce à elle, la psychiatrie médico-légale s'était définitivement imposée dans les prétoires. Aussi, avec l'invention d'un concept soi-disant scientifique et rationalisé en maladie mentale que seul l'expert psychiatre peut diagnostiquer, l'utilité indispensable de la psychiatrie auprès de la magistrature a pu s'imposer définitivement.

La drague des législateurs et des politiciens était aussi un des objectifs des tenants de la psychiatrie. Il fallait leur assurer l'utilité des psychiatres qui pourront dire, grâce au progrès de la science, qui est véritablement fou, dangereux, malade ou condamnable. Tout en administrant davantage la gestion de la folie, les gouvernants pensaient bien garantir une plus grande tranquillité publique, faire des économies, et se doter d'une image humaniste. La création des asiles a en partie permis tout cela en fixant les « insensés » potentiellement troublant et en faisant croire que les retirer de leur « milieu naturel » les guérirait.

3) Une autonomie ou un contrôle de la profession sur son travail

Jean-Étienne Dominique Esquirol (1772-1840), monarchiste, catholique et franc-maçon a marqué son nom dans l'histoire parce qu'il a bataillé des années pour qu'une loi soit votée et assure l'autonomie et la reconnaissance de la psychiatrie. C'est bien sûr la loi de 1838 qui porte aussi parfois son nom. Ce grand bourgeois n'a eu de cesse de se rapprocher des hommes d'État pour les convaincre de la nécessité d'un appareil législatif incontournable et totalitaire.

La construction de cercles comportant des disciples regroupés autour de patrons comme Philippe Pinel ou Jean-Etienne Esquirol permirent à la fois un contrôle optimal des jeunes médecins qui, pour trouver un poste lucratif, avaient tout intérêt à défendre la parole de leur maître dans le but de favoriser la légitimité du pouvoir psychiatrique naissant.

Mais le contrôle de la profession sur son travail implique également de définir qui est légitime d'exercer. Si tout au long du XIXème siècle on parlait de cette poignée d'hommes en disant d'eux qu'ils étaient les « médecins des fous » ou les « médecins aliénistes », c'est bien parce qu'il n'y avait que le sexe masculin qui pouvait pratiquer la médecine.

Les toutes premières femmes à obtenir le diplôme de médecine sont Elizabeth Garrett Anderson et Madeleine Brès, respectivement en 1870 et 1875. La médecine en général est empreinte d'un sexisme féroce et la première femme psychiatre en France fut Madeleine Pelletier une « féministe

intégrale » extrêmement politisée qui a terminé sa vie… dans un asile. Voilà ce que dit le maitron-en-ligne sur son accès à la profession de psychiatre et sur la fin de sa vie : « Elle voulut concourir pour l'internat des asiles d'aliénés mais l'entrée lui fut refusée, un règlement exigeant que le candidat ait ses droits politiques. En 1904, une campagne de presse organisée en sa faveur par quelques journaux dont la Fronde de Marguerite Durand lui permit de devenir la première femme interne des asiles et de surcroît célèbre. La pratique de la médecine lui apporta des déceptions : à l'asile les internes lui firent une guerre incessante, les infirmières regardèrent « ahuries, cette bête étrange qu'était une femme interne en médecine comme les hommes » et dans son cabinet, elle attendit en vain les clients. Elle fut persécutée pour son apparence jugée scandaleuse : cheveux courts et vêtements masculins qu'elle porta toute sa vie en théorisant sa masculinisation : «Mon costume dit à l'homme : "je suis ton égale." […] En 1939, alors âgée de soixante-cinq ans, la police découvrit, à la suite d'une dénonciation, qu'elle pratiquait des avortements. Jugée au nom de la "loi scélérate" de 1920, elle fut convaincue de "crime d'avortement". En raison de son état de santé (une hémiplégie qui ne laissait aucun espoir de guérison) elle fut enfermée dans l'asile de Vaucluse où elle mourut. »

4) Un idéal professionnel

Après la loi de 1838, une organisation plus formelle et l'institutionnalisation de l'enseignement psychiatrique ont contribué à renforcer la professionnalisation de la psychiatrie en lui permettant de travailler son développement ainsi que son idéal de pouvoir curatif et gestionnaire.

En 1852, la société médico-psychologique créée par une poignée de médecins aliénistes, se trouve être un des tout premiers regroupements corporatifs de médecins puisqu'une association nationale des médecins ne verra le jour que six ans plus tard. Il s'agissait autant de discuter des problèmes médicaux pour « faire progresser la science » que du mandat social qui avait été mis en avant pour faire reconnaître la nécessité de la profession aux yeux de l'élite et du peuple.

Quant à l'enseignement, il est évident qu'il était important de le développer pour perpétuer la jeune spécialité. Vers 1850, les cours ont donc lieu à la fois au sein des asiles ainsi qu'à l'Ecole pratique de médecine qui dépendait de la Faculté.

Progrès et découvertes scientifiques avec fantasme de guérison ; mise à l'écart du pouvoir religieux ; reconnaissance par le gouvernement en place ; main-mise sur les petites gens ; valorisation sociale ; conditions matérielles confortables à l'intérieur des asiles ; voilà donc à quoi les défenseurs de la profession de psychiatre croyaient et aspiraient.

III. Psychiatrie et État : ou comment « le médecin éclaire le gouvernement »

La psychiatrie est une machine politique qui a très bien intégré dans son fonctionnement et son développement l'appareil d'État. D'une manière générale, l'aliéniste a toujours préféré le côté étatique plutôt que le pôle libéral soumis à l'économie de marché. C'est pourquoi les moyens utilisés par les psychiatres du XIXème siècle sont assez révélateurs des intentions des principaux militants. Car il ne faut pas s'y méprendre, il s'agissait de véritables militants qui, soudés et stratèges, ont dépensé une énergie folle pour se rapprocher des gens de pouvoir afin de parvenir à leur fin. Cette fin était d'obtenir la reconnaissance, la légitimité et le monopole total sur la gestion de la folie qui devenait trop gênante pour la morale et les intérêts de la classe dominante de l'époque. Époque qui, rappelons-le, marque le début de l'industrialisation de la France (généralisation des métiers à tisser, construction des premières voies de chemin de fer, etc.) et porte un nouvel essor de la colonisation française (c'est le second espace colonial avec des conquêtes de nombreux pays sur presque tous les continents : Afrique (Algérie, Madagascar, etc.), Asie (Indochine) et Océanie (Polynésie, Nouvelle-Calédonie)).

L'alliance entre l'appareil politique et la médecine mentale se solidifie en lien avec des soucis financiers. Le problème avec les pauvres psychiatrisé·e·s ce n'est pas seulement que ces personnes effrayent, c'est aussi qu'elles coûtent toujours trop cher pour les gouvernants. Dès 1835, le gouvernement confie alors à un aliéniste la direction d'un organisme ministériel nouvellement créé qui permet un an plus tard, et pour la première fois, que les aliénés figurent dans une loi de finances.

La loi de 1838 fait directement suite à la théorie de l'isolement proposée par Esquirol en 1832. Elle consiste à sortir les individus de leur milieu habituel pour les isoler dans des lieux clos et sordides, ce qui plaît bien au gouvernement qui cherche depuis toujours à se débarrasser des déviants et indigents d'une manière la plus discrète possible. Cette théorie offrait donc un parfait soutien médico-scientifique à la préoccupation policière du gouvernement, à sa volonté d'en finir avec la menace que représentaient pour l'ordre social toutes les formes de déviance non contrôlées des classes inférieures (pour les riches, il y avait des maisons de santé privées). Et puis elle permettait de concentrer l'exercice de la psychiatrie dans des lieux bien définis où le médecin peut facilement régner en maître et où le sujet psychiatrisé devra « changer toute sa manière de vivre ». Bien sûr ce tournant majeur que constitue cette loi et ses applications s'inscrit dans une suite de tentatives de gestion de la folie qui, de tout temps, contient déconsidération, maltraitance et violence. La plus remarquable, et qui inspirera directement Esquirol, est la rédaction d'une brochure de 44 pages par un chirurgien militaire, Jean Colombier, commandé par Louis XVI : *Instruction de 1785 sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asiles qui leur sont destinés*. Aliénés et prisonniers ne devaient plus être enfermés dans les mêmes lieux. L'Instruction fut diffusée dans tout le royaume mais toujours aujourd'hui la « cohabitation » reste présente.

Pour faire passer la loi de 1838, il a fallu qu'elle soit portée par quelques individus sur lesquels il semble fondamental de s'arrêter. Car, bien qu'elle ait été discutée pendant 18 mois, elle n'a en fait pas intéressé grand nombre de députés puisqu'à plusieurs reprises ils ne furent pas assez nombreux pour procéder au vote des articles.

Qui étaient donc ces individus qui tenaient tant à ce que les pauvres fous soient mis à l'abri et protégés des affres que comportent les relations sociales ?

Tout d'abord, une alliance entre les aliénistes du cercle d'Esquirol et le mouvement politique des « libéraux doctrinaires » a vu le jour au début du XIXème siècle pour défendre des idées communes concernant l'administration du vivant. Il est bon de préciser que les doctrinaires étaient des royalistes, rigides et sectaires qui défendaient une monarchie constitutionnelle. Leur objet était de « nationaliser la monarchie et royaliser la France ». Ils défendaient un maintien de l'ordre social en passant par la vitalité de la religion, une certaine forme d'humanisme, et un dévouement à la cause des faibles et des égarés. Les noms les plus connus sont François Guizot qui fut ministre sous la monarchie de Juillet (1830-1848) et Pierre-Paul Royer-Collard, frère de l'aliéniste Antoine-Athanase Royer-Collard, médecin chef de l'asile de Charenton et bourreau d'un certain marquis de Sade[5].

Il faut également souligner la solidarité du corps médical qui rendait tous les députés-médecins défenseurs de cette loi. C'est d'ailleurs la seule vraie coalition politique qui se distinguait lors des débats qui ont précédé la loi.

Enfin, certains personnages, adhérents ou sympathisants de la Société de morale chrétienne[6], s'inscriront fortement dans la promotion de la loi défendant coûte que coûte la bienfaisance publique grâce à un autoritarisme brutal. Arrêtons-nous de plus près sur certains d'entre eux :

- Adrien de Gasparin était préfet de Lyon quand éclata l'insurrection des canuts en avril 1834, à Lyon. Il la massacra dans le sang (presque 200 morts du côté insurgé) ce qui lui permit d'être promu ministre de l'Intérieur presque aussitôt et de présenter la loi en 1837. Il insista pour que les mesures d'isolement se fassent rapidement, avec prudence et discrétion. C'est pourquoi il favorisa le pouvoir administratif (les préfets qui peuvent décider de l'enferment en asile) au pouvoir judiciaire (comme cela s'est construit dans la majeure partie des autres pays occidentaux). C'était un ami intime de François Guizot.

- Alexandre-François Vivien, après s'être orienté vers une carrière militaire, devint avocat. Par la suite, il accéda à la préfecture de police en 1831 d'où il réprima violemment de nombreuses émeutes.

---

5. Pour avoir un aperçu de la prise en charge qu'à subi Sade, vous pouvez regarder le film *Quills, la plume et le sang* de Philip Kaufman (2000).

6. Fondée en 1821, elle se proposait de mettre en place un évangile actif et utile. Elle est surtout connue pour son combat en faveur de l'abolition de la traite et de l'esclavage. Voilà un extrait du procès verbal de sa deuxième assemblée générale qui révèle son esprit : « De même que ces derniers temps, l'on a trop sécularisé la morale ; la religion, de son côté, semble s'être tenue trop à l'écart des réalités du siècle ; et c'est pour réparer ces deux erreurs que vous vous êtes constitués en SOCIETE DE LA MORALE CHRETIENNE, sorte de pacte d'alliance que dictèrent ensemble une pensée religieuse et une pensée philanthropique, et qui peut-être s'offre avec quelque titre à la double sanction de la philosophie et de la foi. »

- Jules Dufaure, fut un proche collaborateur d'Adolphe Thiers à l'époque où est votée la loi de 1838. Il deviendra ministre de l'Intérieur sous le règne de Louis-Napoléon Bonaparte. En 1871, il sera nommé par Adolphe Thiers ministre de la Justice et organisera la répression juridique de la Commune. Le même Adolphe Thiers, en tant que ministre de l'Intérieur, commanda le carnage des canuts en 1834 cité plus haut, et surtout extermina la Commune de Paris et exécuta le maximum de communards alors qu'il était chef du pouvoir exécutif de la république française (entre 10 000 et 30 000 morts au cours d'une seule semaine connue sous le nom de semaine sanglante).

- Camille Bachasson, comte de Montalivet, était ministre de l'intérieur lorsque fut votée la loi. Ce dernier était un fervent partisan du roi Louis-Philippe avec lequel il était très proche au point d'en être l'exécuteur testamentaire et de le défendre même après sa mort. Mais comme tout bon politicien, il a su s'adapter au changement de régime pour se rapprocher du pouvoir républicain-conservateur qu'Adolphe Thiers incarnait. Camille Bachasson était le second fils de Jean-Pierre Bachasson qui fut lui aussi ministre de l'Intérieur sous Napoléon 1er et qui savait lui aussi traiter la question de la folie comme en témoignent ses directives datant de 1810 : « considérant que le sieur de Sade est atteint de la plus dangereuse des folies ; que ses communications avec les autres habitués de la maison offrent des dangers incalculables ; que ses écrits ne sont pas moins insensés que ses paroles et sa conduite, (…) il sera placé dans un local entièrement séparé, de manière que toute communication lui soit interdite sous quelque prétexte que ce soit. On aura le plus grand soin de lui interdire tout usage de crayons, d'encre, de plumes et de papier. »

Avec la loi de 1838, c'est donc à des médecins que l'on demande s'il faut enfermer un individu et si celles et ceux que le pouvoir administratif a capturé parce qu'elles/ils « compromettaient l'ordre public » doivent rester séquestré·e·s. Les médecins de l'époque étaient considérés comme « hommes de science ». Mais la science a toujours été idéologique (même lorsqu'elle prétend le contraire), et toute l'histoire de la « traite des fous » le montre. Le médecin aliéniste est donc d'emblée confronté à la difficulté de concilier sa vocation thérapeutique et la fonction politique qui le lie au pouvoir étatique en place. Un pouvoir étatique soucieux du maintien de l'ordre et de ses privilèges, et contraint de « protéger » la société contre les débordements de quelque violence inhérente à toute forme d'organisation sociale inégalitaire.

*****

Les aliénistes ont participé à un dispositif gouvernemental de contrôle et de répression, coulé dans la morale chrétienne et autoritaire du siècle dans lequel ils vivaient. Et pour cela, toutes les compositions politiques ont été bonnes à prendre et tous les courants de pensée idéologico-scientifique ont été portés. Peu importait ce que cela engendrait sur les individus les plus vulnérables à partir du moment où cela permettait la cristallisation de cette nouvelle profession qu'est devenue la psychiatrie.

Que certains attribuent la naissance de la psychiatrie en réponse à un problème strictement légaliste posé par la révolution bourgeoise (à savoir

comment justifier l'incarcération dans une société idéologiquement engagée à fonctionner sur un modèle « contractuel » et à maintenir l'intérêt des puissants) semble largement se comprendre. Qu'il y en ait d'autres qui tentent de décrire sa naissance en la présentant simplement sous un jour idéaliste et un aspect bénéfique, paraît sacrément naïf, voire dégueulassement hypocrite.

En tout cas, il est certain que les interprétations sont divergentes. De cette psychiatrie, on lui reproche un autoritarisme et une rationalisation morbide, on lui accorde des intentions progressistes et humanistes, on lui attribue des valeurs bienfaitrices et philanthropiques, on lui prête des desseins manipulateurs et gestionnaires. On comprend alors pourquoi on dit d'elle qu'elle est « ambigüe ». Et c'est bien ça le problème, car la psychiatrie peut être comprise dans deux sens. Et ces deux sens ne défendent pas forcément les mêmes intérêts ni les mêmes visions du monde et de la vie. Ceci étant, il serait alors bienvenu que celles et ceux qui veulent continuer, voire améliorer ou transformer la psychiatrie moderne, nous présentent avant toute chose leurs intérêts et leurs idées. Car on ne fait pas de la « traite des fous » une pratique, une science ou une discipline en dehors de la morale et de l'idéologie. On fait d'abord de la morale et de l'idéologie – sous-entendu, la majeure partie du temps, on répond aux critères moraux et idéologiques dominants sans forcément s'en rendre compte – et ensuite on gère la folie.

D'autres disent d'elle qu'elle est par essence « paradoxale ». Or, un paradoxe est par définition une idée allant contre le sens commun. Cela signifierait-il que la psychiatrie dans ses moyens et ses agissements va à l'encontre de ce que le sens commun nous dirait de faire pour les plus bizarres ? Mais le sens commun se modifie en fonction des normes et valeurs présentes dans un groupe humain et ne signifie pas grand-chose en tant que tel, si ce n'est qu'il répond lui aussi à des éléments psychosociaux profonds et bien souvent irrationnels comme les croyances, les mythes ou encore tout un tas de chimères qui nous traversent.

Toujours est-il que les passions déchainées sur cet objet clivant ne l'ont pas empêché d'asseoir sa domination sociale, au point d'étendre son champ d'application sur tous les sujets, au sein de toutes les couches sociales et dans tous les interstices de la société industrielle. Nous verrons alors plus tard comment le sens commun dénonçait, critiquait voire luttait dès la deuxième moitié du XIXème siècle contre cette machinerie.

Le conseil de l'ordre des médecins : l'incarnation du pouvoir médical

Léon Moriba

Un bref historique

L'idée d'un Ordre chez les médecins est ancienne et apparaît avec la naissance même du syndicalisme médical, dans les années 1880. Mais tandis que les syndicats de médecins apparaissent avec une certaine difficulté (considérés comme illégaux jusqu'en 1892), le Conseil de l'Ordre des médecins ne voit le jour que le 17 Octobre 1940, c'est-à-dire en plein régime de Vichy. Il vient donc remplacer les syndicats (qui ne critiquent pas le principe même de l'Ordre) considérés comme trop dangereux par Pétain et supprimés dans le même mouvement législatif. Si un Ordre des médecins apparaît sous Pétain, c'est parce que la résurrection du corporatisme était au programme de la révolution nationale du Maréchal.

Dès 1941, de nombreux médecins s'opposent à cette supersutructure en craignant sa subordination directe au gouvernement. Ces oppositions avaient de bonnes raisons d'être puisque le Conseil de l'Ordre de l'époque était alors ouvertement antisémite et xénophobe, pratiquant allègrement la délation et l'exclusion de nombreux médecins juifs français ou étrangers mais aussi l'éviction des médecins communistes et francs-maçons. Pour preuves, le Conseil de l'Ordre des médecins impose un *Numerus Clausus* pour l'exercice de la médecine par les médecins juifs, les listes ainsi constituées ayant pu ultérieurement être utilisées par les services de police pour des arrestations. Et, en 1943, l'Ordre des médecins fait pression sur les médecins afin qu'ils ne rédigent pas de certificat qui empêcherait de faire le Service de Travail Obligatoire.

De Gaulle dira dans un premier temps qu'il s'agit d'un « clan de fascistes à la solde d'Hitler et Pétain » puis acceptera la création d'un petit frère après la Libération.

En effet dissout à la Libération, il renaîtra rapidement le 24 Septembre 1945. Sa résurrection est permise par des communistes (le ministre de la santé, pour la première fois non-médecin, était communiste et de nombreux médecins favorables à un retour de l'ordre étaient également des communistes), des syndicats de médecins (favorables à un Ordre puisque persuadés que ce seront eux qui en prendraient le contrôle) et d'anciens médecins nostalgiques de Vichy. C'est cette coupure de quelques années qui fait dire aux défenseurs de l'Ordre actuel qu'il n'a rien à voir avec l'Ordre né sous Pétain. Ce qui est évidement complètement erroné, puisque les bases législatives et idéologiques sont identiques, et que ce « nouvel » Ordre est composé quasiment des même membres que celui né sous Vichy.

Fonctionnement officiel[1]

Concernant son fonctionnement, il a fallu attendre 2011 pour avoir un rapport d'activité publique, ce qui montre l'opacité de ce lobby dirigé par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Organisé de manière décentralisée, il se compose d'instances départementales, régionales et d'une instance nationale (le CNOM) située dans un riche immeuble du boulevard Haussman à Paris. Cette dernière est composée d'un bureau de 16 membres tous médecins, de 54 autres formant la commission nationale élue par les conseils départementaux, d'un représentant de l'académie de médecine, d'un conseiller d'État désigné par le ministère de la Justice et d'un président. L'institution en elle-même emploie 541 personnes.

Son financement vient des médecins (actifs ou retraités) qui ont l'obligation d'être inscrits au Tableau de l'Ordre des médecins s'ils veulent exercer. Ces derniers doivent obligatoirement débourser 330 euros par an. En fait, l'inscription au Tableau n'est pas obligatoire pour les médecins qui n'exercent pas et pour celles et ceux qui rendent le plus service à la République Française, à savoir les médecins militaires ou encore les médecins fonctionnaires titulaires ou titulaires dans une collectivité territoriale… Si ces derniers n'exercent pas, ce qui est très souvent le cas des médecins bureaucrates des Agences Régionales de Santé par exemple, ils doivent tout de même payer 165 Euros par an. Si on rajoute les 90 Euros par an que veulent débourser les retraité·e·s qui n'exercent plus mais qui souhaitent rester inscrit·e·s au Tableau, on obtient au final, sur une année complète, la somme d'environ 75 millions d'euros pour cette machine.

Cette dernière se dit être une interlocutrice et une conseillère des pouvoirs publics, portant ainsi l'intérêt des médecins et des patients en s'attachant à faire respecter le code de déontologie. L'ordre prétend être l'instance qui règle les questions de moralité, c'est son cheval de bataille. On verra plus loin de quelle moralité il est question…

Concernant les patient·e·s maltraité·e·s et/ou mal soigné·e·s, il est possible de se considérer comme plaignan·e·s, choisir un avocat, avoir accès à son dossier et se pourvoir en cassation si besoin, seulement depuis 2010 ! Avant, ils n'étaient que de simples témoins ! Ce sont les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) qui recueillent les plaintes pouvant éventuellement faire l'objet d'un déféré devant une Chambre Disciplinaire de Première Instance (CDPI) créée auprès de chaque Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM) et depuis peu présidée par des magistrats des tribunaux administratifs.

Enfin, pour qu'une mafia fonctionne il faut des petites mains qui obéissent au doigt et à l'œil. C'est ce qui est représenté par les conseillers ordinaux

1. Beaucoup de ces infos viennent de la brochure réalisée par le Groupe Information Santé *La médecine désordonnée. Supprimer l'ordre des médecins*, ainsi que du livre de René Chiche, *Enquête sur les mandarins de la médecine*, Édition du moment, 2013.

qui siègent un peu partout et s'occupent de faire vivre la déontologie, d'appliquer des mesures administratives (recensement des médecins, s'assurer de leurs bonnes compétences…), d'aider juridiquement et matériellement les docteurs en médecine (et leur famille !) et de les conseiller en matière d'assurance. Ces conseillers ordinaux ne sont autres que des médecins quelconques qui ont toujours été les premiers de la classe et qui adhèrent sans contrepartie financière à cette coterie. Tous les toubibs sont électeurs et éligibles mais se sont souvent les mêmes assoiffés de pouvoir et les mêmes conservateurs qui se présentent pour six ans, renouvelés tous les trois ans. La manière dont ils sont élus est grotesque puisque les candidats ne présentent ni programme ou profession de foi, qu'il n'y a pas d'assesseur indépendants pour les dépouillements et que les résultats précis ne sont jamais publiés masquant ainsi un taux d'abstention très certainement énorme. C'est toujours marrant de constater comment les plus ardents défenseurs de la loi et de la République, n'en font qu'à leur tête quand il s'agit de leurs petites affaires. Ils montrent ainsi que leur bataille n'a d'autre but que de conserver leurs intérêts de classe.

Fonctionnement réel

Si les mesures précitées ont été mises au grand jour et actualisées c'est parce que le pouvoir médical était allé un peu loin en termes d'abus, de mensonges et d'oppressions en tout genre.

Des affaires révélatrices se sont suivies (on en citera quelques unes) et des scandales ont éclaté. Un des derniers en date, à titre d'exemple anecdotique, est le détournement de fonds opéré par le président du Conseil d'Île de France, lui-même dissous par le Conseil National à la demande de la ministre de la Santé en place en Octobre 2007, sur les conclusions d'un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Toujours est-il qu'il s'est adapté aux différentes évolutions sociales et gouvernementales et qu'à plus de 70 ans, il se porte encore bien.

Pour les médecins mis en causes pour leurs abus, négligences ou maltraitances, à chaque fois, de petits arrangements entre amis ont permis d'éviter des sanctions lourdes ou l'interdiction d'exercer.

Que ce soit des affaires de viols, d'erreurs mortelles, de falsification de dossiers médicaux, de détournement de fric, de pubs pour sa petite entreprise, de dépassements d'honoraires, etc. tout est défendu becs et ongles par la confraternité médicale déjà révérée dans le serment d'Hippocrate que la plupart des médecins (ça dépend des Facultés) doivent lire la main droite levée au moment de soutenir leur thèse[2].

2. Contrairement à ce que pensent beaucoup de médecins, le serment d'Hippocrate n'a plus grand-chose à voir avec celui écrit il y a plus de 2 millénaires. Il a été retouché à de nombreuses reprises et la dernière en date est de 1996, par… le Conseil National de l'Ordre des médecins. Ce serment devrait bien plutôt s'appeler « serment d'hypocrite » étant donné le grand écart qu'il y a entre son contenu et les pratiques courantes de nombreux toubibs.

Au final, ce sont entre 5 et 10 % des plaintes de patients qui passent le filtre que constituent les CDOM. Ce qui ne signifie aucunement qu'une forme de reconnaissance provenant du pouvoir médical soit obtenu, car après ce passage, il y a d'autres instances à affronter.

L'Ordre des médecins est censé être une police et une justice parallèles auprès des médecins. Mais à l'instar de la police et la justice d'État, elles sont iniques et prennent partie pour les puissants. Tout concourt à ce que l'omerta concernant une affaire remettant en cause un toubib perdure. Si un médecin dénonce ou abonde dans le sens du plaignant, il aura sur le dos l'Ordre et d'autres confrères ou consœurs qui lui diront qu'en prenant position pour la victime, il se tire une balle dans le pied. C'est donc la suprématie du silence laissant entendre par là que le silence est d'or…dre.

Mais ce n'est pas avec tous les médecins que l'Ordre ferme les yeux. Soit pour montrer l'exemple soit pour éliminer les plus rétifs à son idéologie, cette obscure et cynique institution peut faire preuve de sévérité. L'objectif de l'Ordre des médecins est avant tout corporatiste. Il tient à préserver le petit confort et les gros intérêts de ses membres contraints et forcés d'être fidèles aux idées défendues et aux pratiques dominantes.

Si l'Ordre peut punir jusqu'à la radiation, il est aussi censé contrôler la moralité du toubib lors de son inscription au Tableau. Un simple entretien, rien de plus. Juste le rappel que l'Ordre veille, telle une immanence suprême Juge et partie, l'Ordre s'octroie donc la possibilité du « deux poids deux mesures » en toute impunité. Il s'agit bien d'une juridiction d'exception dont le caractère politique est flagrant.

Concernant son rapport à l'État, le lien est évidemment ténu avec ce dernier. Le Dr Michel Langmann, président du Conseil National de l'Ordre des médecins de 2007 à 2013, Maire adjoint de Neuilly depuis 1983, est évidement un proche de Sarkozy. Il l'a aidé dans de nombreux dossiers comme, par exemple, lorsqu'il a été question de faire passer la pilule aux lourds effets indésirables appelée loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) en 2009[3]. En 2013, il est remplacé par Patrick Bouet, classé « plutôt à gauche » et généraliste qui plus est, ce qui est une première au sein de cet appareil de spécialistes. L'Ordre des médecins s'arrange donc parfaitement avec la couleur du pouvoir étatique en place. François Hollande allant lui-même au premier congrès du Conseil National de l'Ordre des médecins en Octobre 2014. C'est même la première fois, depuis de Gaulle en 1966, qu'un président se pointe à un événement de cette envergure !

3. La loi HPST entérine la tarification à l'activité dans les hôpitaux (aussi appelée T2A) qui rend plus lucratif pour un établissement de couper une jambe d'un patient diabétique plutôt que de tenter de la garder via des soins longs et légers. Elle instaure aussi les ARS qui sont des genres de préfectures sanitaires, aggravant ainsi la bureaucratie et l'autoritarisme en termes de politique sanitaire.

La proximité entre l'État et ce clan se remarque également via la cour des comptes qui s'amuse à critiquer les activités, appuyant les bonnes choses (suivi de la profession et reconnaissance des qualifications) et faisant semblant de s'inquiéter des mauvaises qui perdurent depuis bien trop longtemps (l'absence d'inclusion de certains médecins comme toutes celles et tout ceux qui ont des fonctions politiciennes, la défaillance concernant l'organisation des soins et le contrôle du respect de la déontologie notamment à travers les dépassements d'honoraires).

Quelques bases idéologiques

Ses prises de positions idéologiques se sont, au cours du temps, toujours avérées violemment conservatrices. Progressiste par opportunisme, c'est avant tout sous des signes réactionnaires qu'il s'est fait remarquer. Et pour ne pas être embêté, l'Ordre a inscrit dans le code de déontologie l'interdiction aux médecins d'attenter à l'honneur de la profession médicale, rendant par là délicat la critique de l'Ordre par les médecins eux-mêmes. Ceci dit il est globalement tranquille, les petit-bourgeois que sont les docteurs en médecine ne sont guère politisés, ni même critiques ou rebelles.

L'Ordre des médecins a toujours défendu la bourgeoisie affichant ainsi ses connivences avec le patronat, notamment afin de mieux contrôler « l'absentéisme » dans les boîtes. Depuis à peine 10 ans, c'est une nouvelle bataille patronale que soutient insidieusement l'Ordre des médecins. A partir de 2006, dans un rapport sur les certificats médicaux, l'Ordre estimait qu'il était interdit à un quelconque médecin d'attester d'un lien de causalité entre les difficultés professionnelles et l'état de santé d'un patient ! Et depuis 2007, les avocats patronaux attaquent sur le plan disciplinaire les médecins qui ont réalisé de tels certificats mettant en avant qu'ils sont complaisants ou orientés idéologiquement. Les médecins en question sont donc convoqués par les chambres disciplinaires ordinales départementales, puis régionales, qui font ensuite remonter au niveau national pour condamner le toubib à un blâme qui engendre honte, crainte et autocensure. Au vue du nombre d'affaires de ce type[4], le Conseil de l'Ordre a, fin 2015, changé de braquet. « Sa formation et ses missions permettent au médecin du travail d'établir un lien entre la santé du salarié, son activité professionnelle et son environnement professionnel », peut-on désormais lire sur le site de l'Ordre. Mais la perversion est grande car il ne parle que des « médecins du travail », continuant ainsi à condamner des médecins généralistes et des psychiatres qui établissent des liens entre salariat et problèmes de santé.

4. L'association a-SMT (pour association-Santé et Médecine du Travail) a recensé de son côté 40 affaires depuis 2013 dans son réseau militant, mais estime en extrapolant qu'il y aurait 100 à 200 plaintes annuelles d'employeurs contre des médecins, dont la moitié contre des médecins du travail.

Mais c'est aussi en remarquant le nombre d'élu·e·s chez les médecins (une des professions les plus représenté·e·s chez les député·e·s) que l'on en déduit pour quelle classe sociale le Conseil de l'Ordre des médecins prend parti.

Opposé dès sa création à la médecine de groupe pour de sombres raisons libérales et opposé au conventionnement, l'Ordre a toujours tout fait pour que les médecins fassent exactement ce qu'ils veulent comme ne pas soigner les plus pauvres ou augmenter les tarifs des consultations. C'est pour cela que lorsque le gouvernement Valls, dans un habile jeu stratège et perverse, a voulu étendre le tiers-payant aux consultations généralistes (ce qui permet de ne pas débourser les 23 euros que coûte actuellement une telle consultation), il se positionne très clairement contre, en évoquant une hypothétique surconsommation médical de la part des patients !

Sans revenir sur son origine pétainiste, l'Ordre des médecins s'est toujours positionné du côté du nationalisme faisant ainsi preuve d'un certain racisme. Les exemples s'étalent dans le temps, dans la hiérarchie ordinale et pourraient certainement se multiplier.

En 1970, son président de l'époque, analyse les difficultés de la sécurité sociale qui, selon lui, serait dues « au contrôle médical insuffisant des travailleurs étrangers qui, sauf urgence, pourraient être renvoyés dans leur pays pour y subir intervention et traitements dont nous n'aurions pas à assumer la charge ».

Plus récemment, en 2008, sur plainte du conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Dordogne, la Chambre Régionale Disciplinaire d'Aquitaine a prononcé la peine du blâme contre le Dr Francis Remark qui s'est juste mobilisé pour qu'un de ses patients réfugié obtienne par la préfecture un dossier lui ouvrant la possibilité que soit examiné son droit au statut d'étranger malade[5].

En 2013, c'est le conseil départemental des Côtes-d'Armor de l'Ordre qui a refusé l'installation à un médecin roumain qui venait, avec l'enthousiasme de la commune, exercer dans un désert médical. Prétexte : ce médecin présente « une insuffisance au niveau de la langue » !

Concernant les droits et la dignité des femmes, l'Ordre fait preuve d'un sexisme forcené ainsi que de puritanisme concernant la sexualité.

Il a longtemps refusé, dans une mauvaise foi toute catholique, toutes formes de contraception. En 1962, en plein débat de société sur la contraception, l'Ordre exprime dans la presse que les médecins n'ont aucun rôle à jouer et aucune responsabilité à assumer dans l'application des moyens anticonceptionnels, dans les conseils au public, ou dans les démonstrations relatives à l'emploi de ces moyens. Toujours dans le domaine de la sexualité,

5. https://lapetition.be/en-ligne/Soutien-au-docteur-f-remark-2323.html

l'affaire du Dr Jean Carpentier en dit long sur la morale ordinale. En 1971, l'Ordre des médecins lui interdit d'exercer pendant un an, sur le simple motif qu'il a osé diffuser un mignon tract d'éducation sexuelle à des lycéens et lycéennes.

Aussi, ce clan s'est opposé à l'ouverture des plannings familiaux. On retrouve même des propos d'une grande intelligence émanant d'un conseil départemental : « Le planning nous est venu d'Amérique, comme le racketting et le kidnapping » !

L'Ordre des médecins a également lutté contre la proposition que des médecins ont faite concernant l'accouchement sans douleur via une nouvelle méthode, à l'époque appelée l'accouchement psycho-prophylactique.

Il s'est opposé à la loi pour l'avortement en 1974-75, et professe, par la voix de son président de l'époque et en faisant référence au Manifeste des 343 Femmes Avortées en 1971, ce genre d'horreur : « En observant la qualité nominale des 343 délinquantes, l'orthographe et la résonance de leurs patronymiques, je me suis rendu compte à l'évidence qu'elles n'apparaissaient pas très catholiques. »

On pourrait même dire que l'Ordre a des relents transphobes en mettant des bâtons dans les roues aux personnes qui veulent passer d'un genre à un autre via la chirurgie. En effet, il exige un « diagnostic absolu » réalisé par un psychiatre avant de donner son accord pour une intervention.

Et à ses marges, en 2013, certains se lâchent comme l'atteste ce propos du président du conseil départemental de l'Hérault, Patrick Wolff, qui s'oppose au mariage gay : « Je ferais mien le slogan […] de ces gamins plein de bon sens, entendu ces derniers jours devant l'école communale de mon quartier : un papa, des roustons ; une maman, des nichons ! »

Ses positions au sujet de la fin de vie et de l'euthanasie sont dans la même veine réactionnaire : il ne faut pas abréger les souffrances horribles de personnes qui ne demandent pourtant que cela. Et lorsque, pratique pourtant courante bien qu'officieuse, un médecin se fait attraper les doigts sur la seringue de morphine, on verra, plus loin dans le texte, comment il est traité par le Conseil de l'Ordre.

En y regardant de près, s'il y a bien une ligne politique qu'il suit les yeux fermés, c'est celle de l'industrie pharmaceutique. Même s'il s'en défend malignement comme l'atteste ses revendications récentes pour que la « transparence » soit faite à propos des conflits d'intérêt des toubibs qui trafiquent avec les labos pharmaceutiques, il favorise une médecine froide et uniquement allopathique (c'est-à-dire uniquement basé sur les médicaments). Ou alors une médecine technique et inhumaine comme l'attestent les différents numéros du « bulletin de l'Ordre national des médecins » qui promeut la télémédecine. Cette dernière permet entre autres de faire des consultations

via un écran. Elle est surtout employée en zone rurale pour les personnes âgées qui, en institution, après 10 heures de TV par jour, peuvent passer d'un présentateur télé à un médecin qu'elle ne rencontrera jamais physiquement.

Résolument technophile, l'Ordre s'intéresse aussi grandement à la e-santé (ou santé numérique qui fonctionne avec les technologies de l'information et de la communication) notamment parce qu'il y voit une concurrence affreuse à son monopole. Santé numérique d'accord mais toujours avec le contrôle du médecin, pense-t-il en filigrane.

Bien que le Conseil de l'Ordre des médecins prétende à tout bout de champ que, quoi qu'il défende, c'est avant tout dans l'intérêt des malades, ces derniers n'ont en réalité jamais voix au chapitre. L'exemple de l'accès au Dossier Médical Personnel (que l'Ordre voudrait appeler Dossier Informatisé de Coordination des Soins et qu'il faut traduire par fichage généralisé), montre bien comment le malade est considéré. En effet, outre le fait que l'Ordre ne souhaite pas que les gens puissent le consulter complètement afin de le garder pour lui et les différentes instances de contrôle, il évoque aussi un « consentement implicite » quant à sa création !

Des résistances possibles ?

Concernant les partis politiques, le PS de Mitterrand s'est bien cassé les dents sur la confrérie médicale. Malgré la belle promesse de « supprimer » l'Ordre des médecins inscrite dans son programme de 1981, rien n'a été fait et c'est non seulement parce que cette institution à un fort pouvoir d'influence, mais aussi parce qu'elle permet surtout au gouvernement d'avoir une main mise sur la profession médicale. Lorsque le PS a repris le pouvoir en 2012, le Conseil de l'Ordre s'est un peu déguisé. Mais sur le fond, il reste bien en place et s'arrange parfaitement avec les gouvernements pour tenter de conserver ses intérêts et le monopole du pouvoir médical (dernièrement, il travaillait main dans la main avec le ministère de l'Intérieur afin de dénoncer certaines personnes « en voie de radicalisation »).

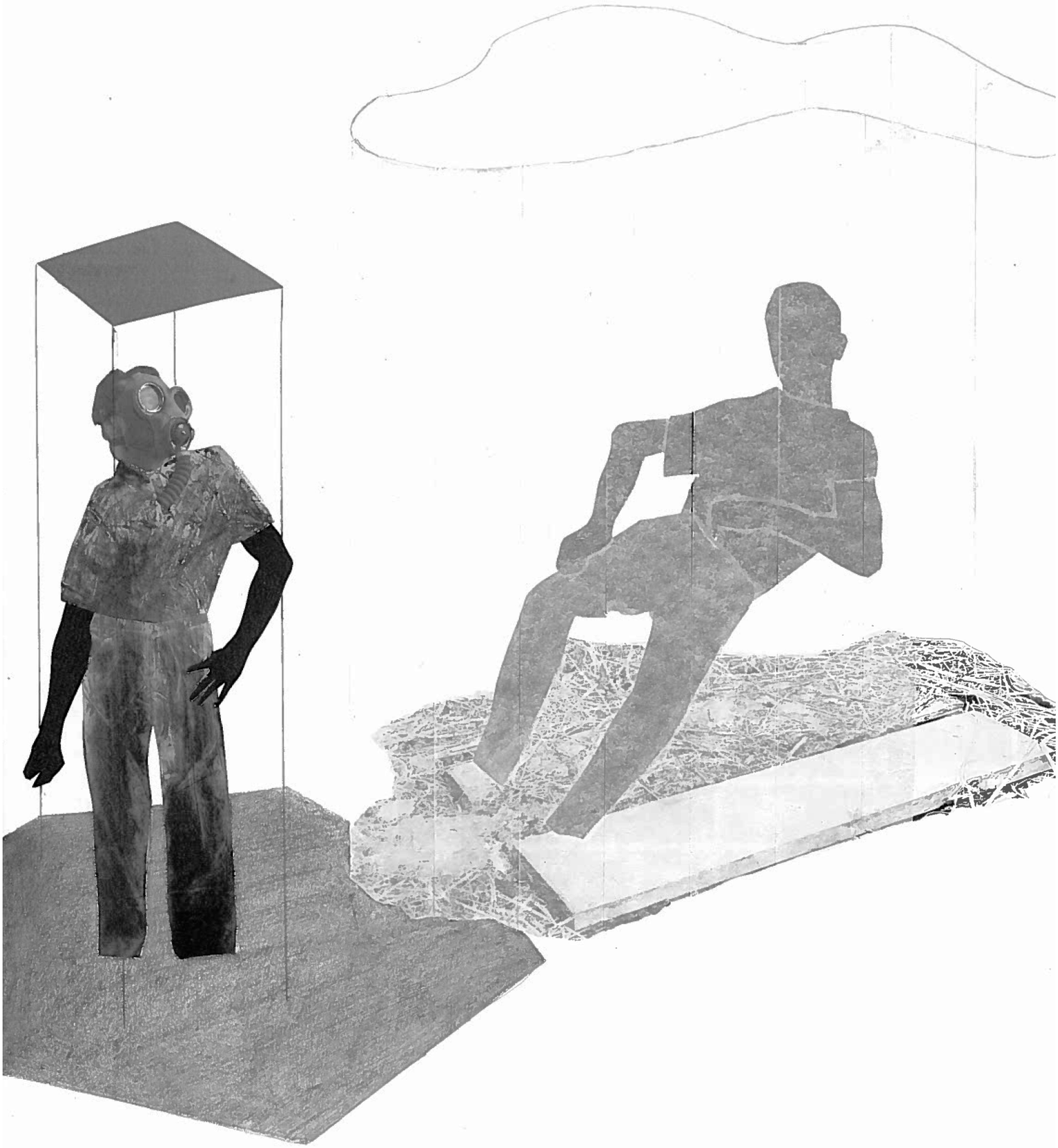
Pour les individus qui voudraient se lancer dans le bourbier judiciaire ordinal (par exemple pour mettre un toubib violent hors d'état de nuire), ils doivent avoir en tête que même si une plainte est rejetée dans un premier temps par les CDOM, il est possible de faire appel auprès de la chambre disciplinaire nationale (CDPI) elle-même indépendante du CNOM… en théorie. Car en pratique, même si c'est un conseiller d'État qui préside, tous les autres membres sont des médecins élus par le CROM ce qui laisse de la place à la solidarité de classe et/ou de caste... Le cas qui illustre le mieux cette connivence entre chambre disciplinaire et Conseil d'État, est l'affaire très médiatisée du Dr Bonnemaison qui s'est vu interdire d'exercice alors que la justice ne l'avait pas encore jugé et qu'elle l'acquitta, par la suite, en première instance. Voilà les propos qu'il aurait tenu : « Quand je suis passé devant la chambre disciplinaire à Bordeaux, personne ne m'a posé de questions.

Il n'y a eu aucune discussion possible. Ils m'ont radié sans savoir ce qu'il y avait dans le dossier ». Et le Conseil d'État a bien sûr confirmé cette radiation révélant par ailleurs ; la position réactionnaire sur la thématique de la fin de vie du Conseil de l'Ordre des médecins.

Il y a bien quelques médecins réfractaires qui ont tentés de ne pas payer les cotisations et de dénoncer cette corporation. Mais cela se fait faiblement puisque l'Ordre porte plainte automatiquement quand un praticien ne paye plus et peut persécuter ses opposants. Certains se sont alors constitués en association afin de rassembler leur force et de se faire plus visible. L'association Contrordre basée à Rennes semble la plus intéressante. Elle a réalisé une action coup de poing en Juin 2012 après 5 ans de refus de paiement de cotisation et une longue bataille judiciaire[6].

Diffuser les informations que l'Ordre des médecins cherche à dissimuler, démontrer son iniquité, son corporatisme et son fonctionnement autoritaire, lutter contre son idéologie abjecte et inciter chaque toubib à prendre position contre son déploiement sont des propositions permettant l'instauration d'un rapport de force qui pourra faire plier ce cancer institutionnel.

6. https://www.contrordre.org



Négationnistes en congrès

Nadine et Thierry Ribault

Chapitre extrait de l'ouvrage de Nadine et Thierry Ribault :
Les Sanctuaires de l'abîme – Chronique du désastre de Fukushima,
Editions de l'Encyclopédie des Nuisances, Paris, 2012.

Shunichi Yamashita est doyen de la faculté de médecine de l'université de Nagasaki. Il est aussi un membre éminent du département de recherche internationale sur la santé, les radiations et la médecine moléculaire de l'Atomic Bomb Disease Institute. Considéré comme un homme de terrain expérimenté – il a en particulier longuement travaillé sur les « soi-disant «cancers de la thyroïde de Tchernobyl» –, cet endocrinologue manque rarement de mentionner qu'il est issu d'une famille rescapée du bombardement nucléaire de 1945. C'est lui que Yûhei Sato, le gouverneur du département de Fukushima, a choisi le 19 mars, huit jours après la catastrophe de Fukushima Daiichi, comme le « conseiller pour le risque sanitaire », avant que la faculté de médecine de Fukushima ne l'élève, dès le 1er avril, aux dignités de « professeur spécial » et de vice-président du centre hospitalier universitaire de Fukushima.

On aura deviné que la véritable spécialité du très médiatique professeur Yamashita, la fonction à laquelle il se voue sans états d'âme, est de rassurer en toutes circonstances sur les dangers de l'industrie nucléaire, sans jamais craindre de proférer les pires énormités. Il déclarait par exemple, le 24 mars, que « les radiations n'ont absolument aucun effet sur la santé tant que la contamination est inférieure à 100 microsieverts par heure ». Le même jour, un communiqué de la faculté de médecine de Fukushima posait que « statistiquement, une exposition de 100 millisieverts par an pourrait provoquer un cas de cancer sur cent. Mais à l'âge de soixante-dix ans on a une chance sur trois d'avoir n'importe quelle sorte de cancer, quelle que soit l'exposition aux radiations. La plupart des cancers sont provoqués par d'autres facteurs. » En scientifique conséquent, Yamashita se ravisait donc deux mois plus tard, fixant son nouveau seuil de risque à 100 millisieverts par an.

Adepte de la méthode Coué, moraliste à ses heures, le professeur Yamashita se fait un devoir de prévenir ses compatriotes des dangers réels auxquels ils s'exposent : « Si vous ne souriez pas, les radiations auront un effet sur vous. Cela a été prouvé par l'expérimentation animale. » Car « on sait très bien, grâce aux expérimentations animales, que les animaux les plus sujets au stress sont les plus affectés par les radiations. En outre, le stress mental agit sur le système immunitaire et peut donc provoquer des cancers et autres maladies. C'est pourquoi je dis aux gens qu'ils doivent se détendre »[1].

1. *Der Spiegel*, 19 août 2011.

En vertu de quoi les autorités n'ont pas manqué de lancer une grande campagne de communication autour du slogan : « Plus vous sourirez, moins les radiations vous atteindront. »

Il faut reconnaître que cette sinistre blague n'est pas le fruit des travaux du seul professeur Yamashita. On continue à soutenir, vingt-cinq ans après Tchernobyl, la thèse selon laquelle la crainte d'être irradié relèverait de la psychiatrie : tout le problème tient en un mot, radiophobie. Les physiciens russes L. A. Ilyin and O. A. Pavlovsky ont introduit ce concept dès 1987 pour caractériser les pathologies relevées dans la population des alentours de Tchernobyl : « L'état de stress chronique est la cause d'un syndrome de phobie des radiations chez une partie de la population, ce qui dans la situation actuelle constitue une menace bien plus grande pour la santé que l'exposition à la radioactivité elle-même »[2]. Un rapport récemment publié par l'ONU complète le tableau clinique : « Le stress physique prolongé des personnes évacuées a eu un impact significatif sur leur santé. […] Les perturbations survenues dans leur vie, la rupture des liens sociaux, le long confinement dans des centres d'évacuation sans intimité, la modification brutale de leur environnement social, tous ces éléments ont contribué à l'aggravation du stress, provoquant des traumatismes qui ont des répercussions sur leur santé mentale »[3].

Le même discours a été ressassé tout au long du colloque international « Radioactivité et risque sanitaire » qui s'est tenu les 11 et 12 septembre 2011 à la faculté de médecine de Fukushima, sous la présidence de Shunichi Yamashita. L'objectif affiché de ce colloque, qui réunissait trente chercheurs japonais et étrangers, émanant notamment de l'UNSCEAR (Comité scientifique des Nations unies pour l'étude des effets des rayonnements ionisants), de la CIPR (Commission internationale de protection radiologique), de l'AIEA et de l'OMS, était de « formuler des recommandations visant à supprimer l'anxiété des habitants de Fukushima face aux radiations ».

L'argumentaire ne laissait guère de doute quant aux intentions réelles des organisateurs : « La situation de Fukushima a été aggravée par ce que l'on ne peut qu'appeler un désastre de l'information : les nouvelles qui circulent varient selon les sources, qui sont parfois incompétentes. Il est essentiel que nous travaillions à mettre en circulation uniquement l'information correcte et scientifique relative aux effets des radiations sur la santé. » Le président Yamashita s'était vu adjoindre pour l'occasion un vice-président de gros calibre en la personne d'Abel Julio González, membre de l'AIEA, vice-président de la CPIR et conseiller de l'autorité de régulation nucléaire d'Argentine, le même qui déclarait, lors de la conférence de l'OMS de juin 2001 à Kiev, qu'« il n'existe aucune preuve validée internationalement d'un impact attribuable à Tchernobyl sur la santé publique ».

Il ne sera sans doute pas inutile de rappeler que l'Organisation mondiale de la santé et l'Agence internationale à l'énergie atomique (fondée en 1957),

2. « Radiological Consequences of the Chernobyl Accident in the Soviet Union and Measures Taken to Mitigate their Impact », *Bulletin de l'AIEA*, avril 1987.

3. *Mainichi Shimbun*, 15 septembre 2011.

deux agences de l'ONU aux objectifs apparemment peu compatibles, ont signé en 1959 un accord visant notamment à déterminer conjointement les normes admissibles de contamination et au terme duquel l'OMS accepterait explicitement de se soumettre à l'autorité de l'AIEA. L'accord, sanctionné par la résolution WHA 12-40 (28 mai 1959) avait pour but de faire en sorte que des informations d'ordre sanitaire n'entravent en aucun cas la promotion de l'industrie nucléaire dans le monde. L'article 1, alinéa 3, stipulait ainsi : « Chaque fois que l'une des deux parties se propose d'entreprendre un programme ou une activité dans un domaine qui présente ou peut présenter un intérêt majeur pour l'autre partie, la première consulte la seconde en vue de régler la question d'un commun accord. » Il était également précisé que « l'AIEA et l'OMS reconnaissent qu'elles peuvent être appelées à prendre certaines mesures restrictives pour sauvegarder le caractère confidentiel des renseignements qui leur auront été fournis ». Sachant que l'AIEA dépend du Conseil de sécurité, qui est en position dominante par rapport au Conseil économique et social de l'ONU dont dépend l'OMS, le champ de la santé dans le domaine du nucléaire a été mis de facto sous la tutelle de l'AIEA. Le directeur de l'OMS pendant les années quatre-vingt, Hiroshi Nakahima, admet d'ailleurs sans ambages qu'« entre l'OMS et l'AIEA, il n'y a aucun doute sur qui commande »[4].

Rien d'étonnant dans ces conditions que se soient vu écarter du colloque de Fukushima des scientifiques reconnus mais qui ont le mauvais goût de mettre en cause les affirmations sans réplique d'un Yamashita ou d'un González. Ni Hiroaki Koide, spécialiste de la mesure du rayonnement et de la sûreté nucléaire au Research Reactor Institute de l'université de Kyôto, ni Yukio Hayakawa, vulcanologue à l'université de Gunma, ni le spécialiste du cancer Tatsuhiko Kodama, professeur au Research Center for Advanced Science and Technology et directeur du Radioisotope Center de l'université de Tôkyô, ne figuraient parmi les experts invités. Le premier déclarait peu après le 11 mars qu'il n'existe « aucun seuil de sécurité pour la santé en matière d'exposition aux radiations, quel que soit l'âge des personnes », tandis que le second diffusait une carte indiquant que la radioactivité s'était bien répandue sur Tôkyô, et que le troisième, auditionné le 27 juillet par les députés, accusait le gouvernement et TEPCO de n'avoir publié aucun chiffre concernant le total de la radioactivité émise depuis le 11 mars et affirmait qu'elle « équivaut à 29,6 bombes de Hiroshima en termes de quantité de chaleur, et à vingt fois Hiroshima en termes de quantité d'uranium ».

Pour apprécier toute la portée du négationnisme nucléaire qui s'est donné libre cours lors de ce colloque, il suffira de rapporter les propos de quelques-uns des participants. La comportementaliste américaine Evelyn Bromet, par exemple, identifie quatre « facteurs de risque » pour expliquer la « détérioration de l'état mental » après un accident nucléaire.

4. Voir le documentaire de Wladimir Tchertkoff, *Controverses nucléaires*, produit par la télévision suisse en 2003.

L'exemple de Tchernobyl l'autorise à anticiper les conséquences de Fukushima :

1° les gens vont croire que leur santé a été durement affectée par l'accident ;

2° ils vont se persuader que la santé des prochaines générations sera compromise ;

3° ils ne feront plus confiance aux autorités ; 4° les diagnostics médicaux les inciteront à imaginer que les problèmes de santé qu'ils rencontreront seraient liés à l'accident. Mais ces superstitions ne résisteront pas au temps qui passe, si bien qu'« il n'est pas déraisonnable de penser que, d'ici vingt ans, tout cela fera partie de la mémoire collective».

Le physicien sud-coréen Jaiki Lee s'est, quant à lui, déclaré très inquiet des «réactions excessives » qui pourraient provoquer, comme en 1986, une « forte hausse des avortements ». Pour ce spécialiste de la radioprotection qui souhaite « une réforme de la perception du public qui doit apprendre à vivre avec le nucléaire », « la curiosité tue » bien davantage que les radiations.

Propos obscènes de l'un, bouffonnerie d'un autre : Vadym Chumak, membre de l'Académie des sciences d'Ukraine, s'avoue « très intéressé par la comparaison entre l'expérience de Tchernobyl et celle de Fukushima » – on aura noté que les « accidents » sont insensiblement métamorphosés en expériences. Il poursuit grassement : « La radioactivité, c'est comme la loterie. Vous pouvez acheter un ticket et gagner le jackpot, ou acheter sept tickets et ne rien gagner du tout. Plus vous achetez de tickets, plus vous avez de chances de gagner. À Fukushima, il y a eu très peu de tickets distribués, il y aura donc peu de gagnants. »

Voilà les messages « scientifiques » que ce colloque avait pour but d'accréditer : les effets sanitaires des radiations à faible niveau sont nuls en matière de santé corporelle ; les seuls problèmes susceptibles d'apparaître sont ceux qu'engendre la peur excessive des conséquences de la radioactivité ; seule l'adaptation des populations, qu'on obtiendra grâce à une communication correctement conçue, par des experts internationalement reconnus, sera à même de désamorcer les risques psychiatriques liés à une mauvaise compréhension de la situation. La priorité est donc bien d'aider les habitants de Fukushima à « faire disparaître l'épuisement émotionnel lié à la peur des radiations », car « elle ronge le moral des gens ».

On doit cette synthèse à un certain Yôhei Sasakawa. Diplômé d'économie, présenté comme un « entrepreneur social », il préside depuis 2005 aux destinées de la Nippon Foundation, qui a financé le colloque de Fukushima et avait installé des camps de bénévoles dans le Tôhoku aussitôt après le tremblement de terre. Cette fondation est l'un des principaux donateurs privés des agences de l'ONU, et en particulier de l'OMS (À Lyon, la tour du siège du Centre international de recherche sur le cancer [CIRC], qui est une agence de l'OMS, est ainsi flanquée de son Sasakawa Memorial Hall.) Elle a été créée par le père de l'actuel président, Ryôichi Sasakawa, ancien criminel de guerre de rang A libéré en 1948. Cofondateur avec le « révérend » Moon et Tchang-Kaï-chek de la Ligue anticommuniste mondiale, Sasakawa père se définissait comme « le fasciste le plus riche du monde ».

Notoirement lié à la mafia japonaise, il devait une partie de sa fortune au monopole sur les courses de hors-bord (qui font l'objet de paris auxquels s'adonnent avec assiduité les Japonais), qu'on lui avait concédé à sa sortie de prison en vertu d'un arrangement avec le gouvernement.

En 2010, la branche française de la Nippon Foundation, la « Fondation franco-japonaise Sasakawa », dont le vice-président du conseil d'administration est Jean-Bernard Ouvrieu, ancien ambassadeur au Japon et ancien gouverneur pour la France à l'AIEA, a poursuivi pour diffamation une universitaire française, Karoline Postel-Vinay, qui avait attiré l'attention sur la collusion des autorités françaises avec cette douteuse fondation, rappelant en particulier dans un mémorandum le passé fasciste et mafieux de Ryôichi Sasakawa[5]. Finalement déboutée par la 17ème chambre correctionnelle de Paris, la Fondation tentait ainsi d'intimider quiconque songerait à évoquer son passé trouble et sa stratégie de promotion de travaux universitaires négationnistes portant notamment sur les crimes de guerre commis par les Japonais, le massacre de Nankin ou l'esclavage sexuel durant la guerre en Corée.

En ouvrant le colloque, David Heymann, ancien expert auprès de l'OMS, n'avait pas manqué de rendre hommage à Yôhei Sasakawa, « l'un des plus grands humanitaires du monde, qui a contribué à hauteur de 50 millions de dollars aux recherches sanitaires après la catastrophe de Tchernobyl »[6]. De fait, la Nippon Foundation a injecté énormément d'argent dans la « collecte massive de données », car elles sont appelées à être « d'une valeur inestimable si un accident similaire [à celui de Tchernobyl] devait se produire », déclarait Sasakawa junior en 2001.

Les États-Unis s'étaient déjà attelés à la tâche au lendemain des bombardements de Hiroshima et Nagasaki : le président Truman créait en 1946 l'Atomic Bomb Casualty Commission (ABCC), chargée de mener des recherches sur les conséquences sanitaires des bombes atomiques. Cette commission n'a jamais envisagé de soigner les irradiés survivants ; il ne s'agissait que d'une collecte de données à grande échelle, dont les résultats ne furent jamais divulgués. En 1947 était fondé à l'instigation des forces d'occupation américaines le Japan National Institute of Health (JNIH), composé pour partie d'anciens membres de l'unité 731 de l'armée impériale qui avait opéré en Chine entre 1937 et 1945, y testant des armes bactériologiques et chimiques sur des cobayes humains[7]. Le JNIH a collaboré durant vingt ans avec le laboratoire médical 406 de l'armée américaine, structure de préparation à la guerre bactériologique située près de Tôkyô, ainsi qu'avec l'ABCC. On y contraignait

5. Karoline Postel-Vinay et Philippe Pelletier, *Sasakawa Ryôichi (1899 -1995) : l'empire Sasakawa et la Fondation Sasakawa*. Initialement diffusé sur Internet, ce mémorandum est aujourd'hui introuvable.

6. Cet humanitaire, qui tient chronique dans le quotidien ultraconservateur *Sankei Shimbun*, est à l'initiative, avec Vaclav Havel et Elie Wiesel, d'un « Forum 2000 », fondé en 1996 à Prague, dont le programme est de « promouvoir la démocratie dans les pays non démocratiques et de soutenir la société civile, le respect des droits de l'homme et la tolérance religieuse, culturelle et ethnique dans les jeunes démocraties ».

7. Les Mengele japonais responsables de ces expérimentations échappèrent aux poursuites après la guerre en échange des résultats obtenus, qui alimentèrent ainsi les bases de données américaines.

les victimes des bombes atomiques à se soumettre à des études sur les radiations en leur faisant miroiter qu'on allait les soigner, et on s'appliquait à convaincre les familles d'autoriser l'autopsie de leurs morts. L'un des vice-directeurs du JNIH, Saburo Kojima, un ancien de l'unité 731, justifia ainsi ces expériences : « En bons scientifiques, nous considérions tous que nous ne pouvions manquer une pareille occasion d'étudier les effets du rayonnement atomique sur les humains »[8]. En avril 1975, l'ABCC fut remplacée par la Radiation Effects Research Foundation (RERF), qui est financée par la Nippon Foundation depuis les années quatre-vingt-dix et qui est directement impliquée dans l'enquête de santé publique du département de Fukushima.

Parallèlement à ses autres activités[9], la Nippon Foundation promeut depuis longtemps le négationnisme nucléaire. Elle finance régulièrement les travaux scientifiques qui, comme ceux de Yamashita, s'attachent à relativiser l'impact de la catastrophe de Tchernobyl sur la santé des enfants, notamment en ce qui concerne le cancer de la thyroïde. En organisant le colloque de Fukushima, elle met délibérément le négationnisme en pleine lumière. Il est difficile de ne pas voir là une manière de coup de force politique consistant à profiter du discrédit jeté sur l'État, TEPCO et les médias, accusés d'avoir mal su gérer la situation, pour imposer les thèses lénifiantes de ses experts stipendiés. Devant la perte de confiance dans les institutions, il est temps de laisser aux seuls experts le soin de rétablir toute la vérité scientifique, a lancé Yôhei Sasakawa pendant le colloque. Ils sont le clergé de l'âge nucléaire et il serait malvenu d'autoriser les profanes à jouer aux contre-experts – sauf, évidemment, à les coopter. Les données collectées n'ont pas à être divulguées. Pourquoi devrait-on les livrer à un public qui, incapable de les comprendre, ne saurait réagir que par la peur, la panique, voire le désordre[10]?

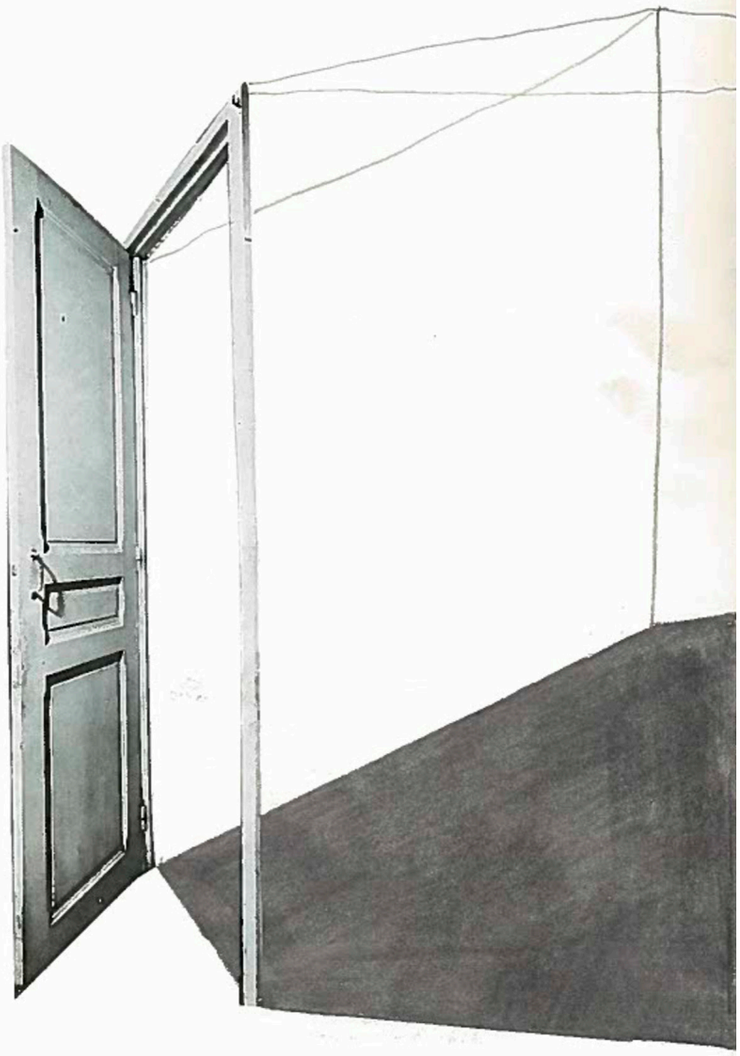
Lors de la conférence de presse de clôture de ce colloque fermé au public mais auquel il était loisible d'assister sur Internet, Wataru Iwata, qui s'était fait passer pour un journaliste, posa la question suivante : « Vous qui êtes experts, vous disposez certainement des données qui vous amènent à nous assurer que la situation est sans danger. Si vous avez ces données, pouvez-vous, je vous prie, nous les communiquer ? » Il s'attira la réponse suivante d'Otsura Niwa, professeur émérite à l'université de Kyôto : «Non, nous ne disposons pas de ces données. Et il est totalement déplacé de poser ce genre de question aux experts

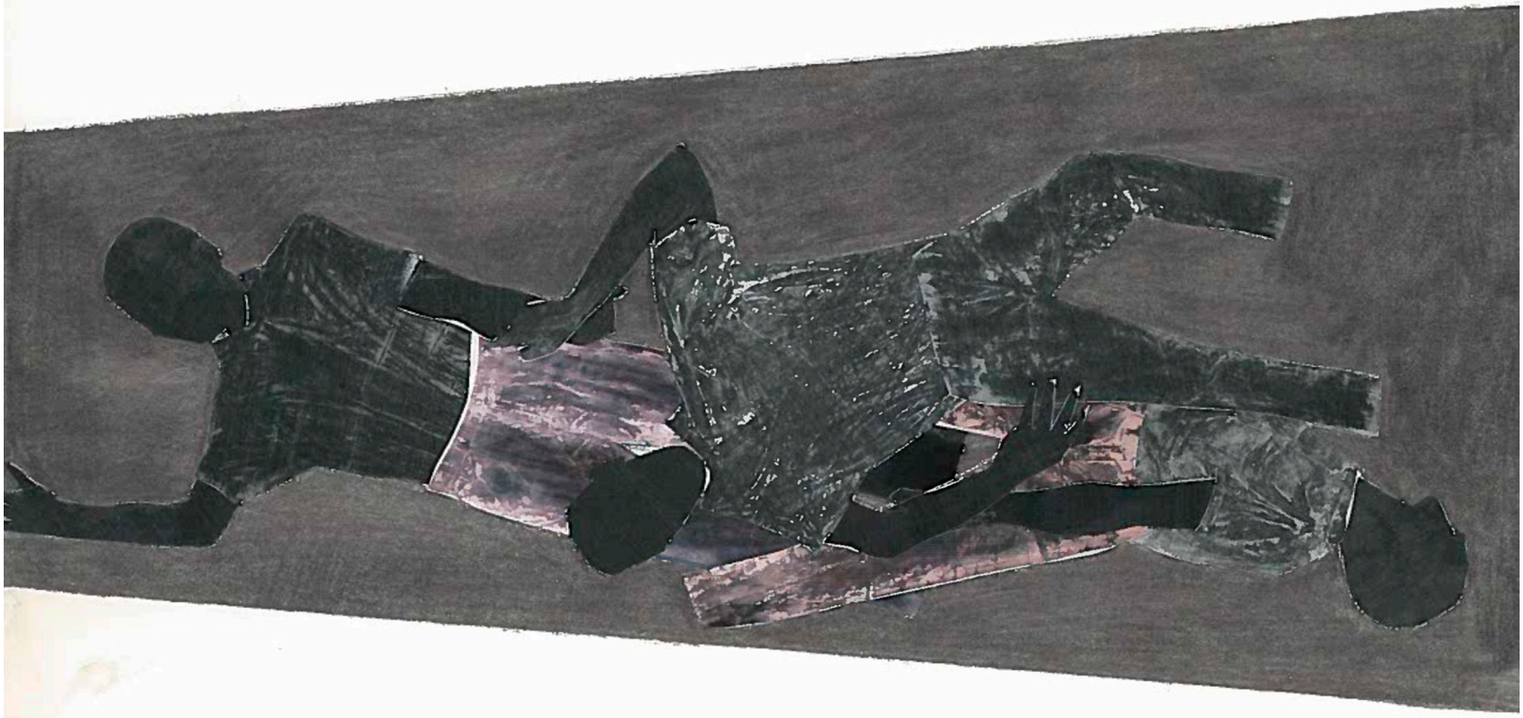
8. Sheldon J. Harris, « Japanese Biomedical Experimentation During World War II Era », dans l'ouvrage collectif *Military Medical Ethics*, vol. II, US Army, Department of Defense, Office of the Surgeon General, 2003.

9. Parmi les nombreux chantiers « humanitaires » soutenus par la Nippon Foundation, on relèvera par exemple, outre l'exportation en Afrique des bienfaits de la « Révolution verte » et de ses conséquences, le financement qu'elle a apporté, aux côtés de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID), à la stérilisation forcée de 25 000 hommes et 400 000 femmes menée entre 1995 et 2000 par les autorités péruviennes dans le cadre d'un programme gouvernemental de contrôle de la population visant conjointement à répondre aux critères démographiques du FMI et à « pacifier » des foyers de contestation indienne.

10. Les données ne sont effectivement pas divulguées La question se pose toutefois de savoir qui les détient : les autorités ou les scientifiques japonais – ou les deux ? – ou bien l'armée américaine, autorisée par l'armée d'autodéfense japonaise à pénétrer l'espace aérien pour prendre les mesures des premières retombées radioactives au lendemain du 11 mars ?

internationaux ici présents puisque nous-mêmes, experts japonais, nous ne les possédons pas. Dans les commissions gouvernementales, nous ne nous attardons pas à poser de telles questions de détail qui sont d'une grande impolitesse. Nous ne cachons rien. Tout simplement, nous n'avons pas les données. »





L'ENFERMEMENT ET LA QUESTION DE L'AUTORITÉ MÉDICALE

PIERRE & KASSANDRA

Caen, Janvier 2016

Avant-propos collectif

L'exercice du chapeau sur un texte est une œuvre quelque peu délicate. Celui qui concerne le texte d'un compagnon faisant parti du collectif qui est à l'initiative de cette revue l'est d'autant plus. Mais au sein de ce collectif (comme au sein de tous les collectifs qui cherchent d'une manière ou d'une autre à se positionner contre le pouvoir), se trouvent des singularités que l'univers capitaliste ne supporte pas. Les administrations ne les admettent pas non plus; tout comme les dogmatiques de tout poil ne supportent pas qu'il y ait la moindre divergence dans les idées et approches portées par plusieurs individu·e·s qui font parti d'un même ensemble. Nous ne sommes pas de celles et de ceux-là. Du moment que tout cela se déroule sous un air anti-autoritaire, nous avons toujours cherché à porter la possibilité effective à la différence, même la plus extrême. Et nous avons toujours tenté de la mettre en pratique, dans la mesure de nos limites.

Aussi, par souci de clarté, nous précisons que malgré la présence de ce chapeau exprimant certaines réserves quant au texte, ce dernier est publié car nous le considérons pertinent et intéressant à plus d'un titre. Ceci étant, son auteur a tenu à faire savoir ici même, que suite aux tensions qui ont découlées des discussions autour de son travail d'écriture, il n'a plus l'intention de réitérer cet exercice de publication.

D'une manière générale, l'écriture ne doit pas être qu'entre les mains de quelques écrivain·e·s, dactylographes et autres secrétaires institutionnellement contraint·e·s par une forme et un fond abjectes parce qu'hégémoniques. Il semble banal de rappeler qu'écrire c'est en partie se mettre à nu, se dévoiler, et que cela est un exercice bien difficile. Nous avons été confronté·e·s à mettre au travail ce genre d'exposition de soi qui, en plus, est passé par le rouleau compresseur de la critique.

Or, une critique n'est pas un élément isolé. Elle s'accompagne d'une intention qu'il semble important d'analyser. Elle est portée par un·e individu·e (ou un groupe) qui tient une position particulière à prendre en compte, tout comme celui ou celle qui la reçoit. Autrement dit, balancée à tout va, sans précaution ou sans faire attention à la temporalité, au rythme de l'individu·e, à l'espace... la critique peut parfois provoquer des ravages. Elle a un aspect constructif a priori, quand on la retire de tout contexte, mais ses effets peuvent être destructeurs quand sa formulation est franchement maladroite ou quand la/le recep·trice/teur est en position vulnérable ; et elle n'a pas forcément besoin d'être la marque déguisée d'une recherche de domination pour être interprétée comme une attaque. C'est un peu ce qui a été vécu au sein de notre collectif à travers ce texte et la construction même de cette revue.

Les discussions autour de ce texte et de ses corrections successives nous ont demandé·e·s beaucoup de temps. Ce chapeau est aussi l'occasion d'exprimer comment il peut être

difficile de mettre en pratique ce que tout le monde, parfois crânement, considère comme évident : laisser une place à celles et ceux qui ne l'ont jamais ou très peu eue. Même quand les conditions semblent réunies pour la libre expression de chacun·e·s (reformulations, blancs, etc.), celle-ci peut se voir bridée ou empêchée. En effet, d'autres choses se jouent comme l'intériorisation des normes dominantes ou de se retrouver en position minoritaire.

Mais ce chapeau est aussi là pour donner nos quelques doutes sur quelques points de fond qui ne sautent pas forcément aux yeux de tout le monde. Nous ne partageons pas tou·te·s les même références et perceptions du monde qui nous entoure, qu'on se le dise.

Les questions de forme (style, orthographe, etc.) n'ont pas nécessité de grands débats entre nous. A partir du moment où le contenu est compréhensible, on s'en tamponne un peu qu'il y ait quelques phrases mal cadrées, quelques tournures pas très élégantes ou carrément bancales. La question du contenu en revanche nous a plus mobilisé·e·s.

Vieux relent rationaliste, penseront les plus mystiques ? Possible. Toujours est-il que nous ne pouvons pas affirmer avec certitude que dans toutes les sociétés « traditionnelles » le soin soit toujours « inclusif ». De la même manière que nous émettons un sérieux doute sur le fait qu'« autour des années 1900, les mœurs sociales se resserraient autour de la religion ». Aucun·e·s d'entre nous n'a vécu dans ces années là, mais nous pensons que la séparation de l'Église et de l'État n'est pas intervenue en faveur d'un resserrement des mœurs autour du catholicisme, bien au contraire.

Nous ne commenterons pas outre mesure les propos autour de la sexualité, mais nous ne sommes vraiment pas certain·e·s que la sexualité n'ait pas toujours été plus ou moins « codifiée et encadrée de façon restrictive ». De là, nous ne comprenons pas vraiment pourquoi son « contrôle social » serait véritablement né au XIXème siècle puisque dès l'antiquité, il semblerait qu'il ait existé des cadres et autres restrictions normées. Mais bon, c'est peut-être comme « l'hystérie » qui est discutée plus loin dans le texte. L'hystérie, dont la définition n'a jamais été véritablement donnée, est un concept d'une horreur incommensurable. Et malheureusement, sa disparition de la nosographie médicrasse n'a en rien empêché que son travail de discrimination sexiste continue encore d'agresser un grand nombre de personnes, à commencer bien-sûr par les femmes.

Néanmoins, si ce texte est dans cette revue malgré certaines dissociations d'idées, c'est aussi parce que nous ne considérons pas le conformisme universel comme quelque chose de souhaitable. Nous sommes traversé·e·s par des mondes qui font et défont notre capacité et manière à/de nous exprimer, et accorder de l'attention à la multiplicité de ces formes et structures devrait nous enrichir et nous renforcer pour mieux détruire un existant qu'on nous impose et qui ne cesse de détruire toute forme de vie.

Avant-propos de l'auteur

Le texte ci-dessous ne correspond pas entièrement à la version souhaitée par l'auteur ni à la vision du collectif. Ce texte est l'aboutissement d'un compromis suite à des divergences politiques. En découlent une certaine lourdeur et un manque de fluidité.

Kassandra[at]no-log[point)org

1 - Le rapport aux soins en occident.

L'objet du texte est le soin, la relation thérapeutique, l'enfermement et les paradoxes qui forment les contradictions tragiques de la médecine occidentale. Toutefois, même si nous connaissons toutes et tous le monde dans lequel nous survivons, et même si cela est « sans remède », il n'est pas forcement inutile de replacer brièvement ce cadre qui étouffe nos vies …

Dans nos sociétés, nous fréquentons de plus en plus les salles d'attentes des médecins, pourtant nous ressentons notre santé comme étant de moins en moins bonne, et cela, malgré une consommation de médicaments sans cesse accrue. Les consultations sont cadrées dans un espace-temps strictement défini : le bureau séparant le « normal » du « pathologique », le/la « patient·e » (le/la « client·e » dans certains cas même) du/de la « soignant·e » dépositaire de l'expertise médicale.

La relation se déroule selon une codification bien spécifique, une temporalité type de 525 secondes environ, partagée en deux ou trois phases : 5 à 10 minutes d'écoute, éventuellement 5 min d'examen (car dans certains cas cette phase tend à disparaître, cela de plus en plus souvent à mesure que nous nous enfonçons dans l'ère marchande moderne), et une dernière phase où s'échange la feuille de soin, la prescription, et la forme « invisibilisée » et « marchandisée » du « contre-don » sous la forme de la « feuille-maladie » aujourd'hui « dématérialisée » au travers du terminal-lecteur de carte « Vitale » (ce qui contribue a son invisibilisation).

Ainsi, fragmentée en différents intermédiaires – patient·e qui vient consulter, médecin, pharmacien·ne, organismes sociaux, puis enfin, soigné·e·s – se diffuse la « relation thérapeutique ». Et s'opère – ou est sensée s'opérer – la magie de la « guérison ».

Alors que dans les sociétés dites traditionnelles le soin est « inclusif », cadré par des rituels, dans nos sociétés, celui-ci est exclusif, cadré par l'autorité médicale. La médecine occidentale est hégémonique, toute forme de soin qui n'entre pas dans son cadre est disqualifiée.

Par exemple, dans la médecine traditionnelle Kallawaya, peuple amérindien vivant en Bolivie, l'environnement dans lequel évolue le patient ou la patiente est pris en compte. La consultation se déroule à son domicile, et celui-ci ou celle-ci participe activement au soin, que ce soit par la recherche d'éléments du traitement ou par la réalisation de rituels. La personnalisation des traitements y est beaucoup plus poussée que dans le soin propre à la médecine occidentale, et la prévention y est plus présente. Ainsi, on peut aller voir le médecin pour demander des conseils pour ne pas tomber malade et consulter sans avoir à se sentir coupable. Par ailleurs, la pratique du « prix libre » permet d'adapter le contre-don individuellement.

Bien sûr la médecine de ces sociétés n'est pas exempte de formes d'autorité, même si celles-ci sont différentes. Dans la société Kallawaya existe un sentiment de communauté de savoirs et de références entre patient·e et guérisseur ou guérisseuse qui a disparu dans nos sociétés avec la spécialisation des tâches et l'émergence de l'expertise. Bien sûr le guérisseur exerce son savoir dont découle une forme d'autorité, une expertise, mais celle-ci est moins déséquilibrée que dans nos sociétés. Cela d'autant plus que dans la société Kallawaya le savoir est partagé, la connaissance des plantes s'acquiert dans le cadre familial, puis à l'école. Dans nos sociétés occidentales, le savoir est réservé à une sphère d'expert·e·s, confiné aux facultés de médecines, et les médecines « traditionnelles » ou dites « parallèles[1] », c'est à dire toutes les médecines qui sortent du cadre défini par la médecine occidentale hégémonique sont déconsidérées, voire suspectes.

Dans nos sociétés occidentales, supposées « libres » et « ouvertes » existent par contre des paradoxes qu'il est important de « démonter » tant les conséquences peuvent aboutir a des formes d'oppressions importantes. Nos sociétés sont « excluantes », la différence est rejetée, et c'est sans doute de là que naissent ses paradoxes les plus violents !

Nous sommes libres de vivre comme nous le voulons, mais nous nous exposons au rejet le plus total qui puisse être. Nous sommes coupables de nos différences.

Cette logique s'étend naturellement au domaine du soin. Ainsi, toute forme de critique visant l'aide qui nous est apportée est assimilée a une volonté d'être malade. Contester le soin, c'est exposer aux autres que nous sommes si « malade » que nous sommes en incapacité de le voir nous-même !

2 – Le soin perverti, naissance d'un rapport thérapeutique : l'injonction d'être « normal »

Dans nos sociétés occidentales, dans lesquelles n'existe plus ce rapport au « sacré », à la « magie », la médecine moderne se veut rationnelle. Mais l'est-elle pour autant ?

La médecine dépend des normes sociales, la souffrance et la « maladie » ont toujours existé, mais chaque époque a eu « ses maladies ». Par là, j'entends des constructions sociales du mal être, des façons de se comporter, de construire ses rapports aux autres. La maladie est aussi une construction sociale, de part

1. Ainsi, la Mission Interministérielle de Vigilance et de Lutte contre les Dérives sectaires (Miviludes) donne dans son guide *Santé et dérives sectaires*, disponible sur le site du gouvernement français, une définition des pratiques thérapeutiques considérées comme sectaires. On peut y lire, entre autres :« Leur point commun est de ne pas être reconnues, au plan scientifique, par la médecine conventionnelle et donc de ne pas être enseignées au cours de la formation initiale des professionnels de santé. » (p.13) « [La] dangerosité [de la dérive thérapeutique] tient essentiellement au fait que sa mise en œuvre peut amener le patient à une [...] rupture […] avec son milieu de soin habituel, pouvant conduire à l'arrêt des traitements conventionnels. » p.14

http://www.derives-sectes.gouv.fr/sites/default/files/publications/francais/guide_sante_complet.pdf

la façon dont sont jugés le « normal » et le « pathologique », mais aussi dans le fait de la façon dont elle s'exprime socialement, dans le rapport aux autres. Elle est aussi parfois même une conséquence de la façon dont est élaboré le dispositif de santé dans nos sociétés.

Ainsi, à la fin du XVIIIème siècle, et autour des années 1900, parallèlement aux développement des théories psychanalytiques, l'homosexualité et l'hystérie font partie des préoccupations sanitaires en tant que troubles à l'ordre social en vigueur. La psychiatrie aliéniste va se pencher sur ces sujets et en faire son terrain de prédilection.

L'homosexualité est pratiquée dans un certain cadre social durant l'antiquité, notamment en Grèce, puis dans l'empire romain. C'est seulement au Moyen-Âge qu'elle est considérée comme crime ou une hérésie. C'est très tardivement, principalement avec le développement de la psychanalyse, qu'elle entre dans le cadre des maladies.

Le passage de crime à la maladie, participant à la médicalisation de la société moderne, laisse ici une étrange alternative : soit être malade, soit être criminel. D'une certaine manière refuser de s'admettre comme malade est ici traité comme un crime !

Les nombreuses lois concernant la maladie mentale tombent malheureusement dans le même penchant : la criminalisation du refus de soin.

L'hystérie, très ancienne elle aussi, décrite déjà dans l'antiquité et théorisée par Hippocrate, fait aussi partie des sujets de prédilection des psychiatres aliénistes, comme des psychanalystes. C'est en 1868 que Moritz Benedikt pense les traumatismes et la sexualité infantile comme sources de l'hystérie. Plus tard Charcot classifiera les différentes formes d'hystérie, la ré-ancrant dans le cadre des maladies.

L'hystérie semble, autour des années 1900, répandue dans la bourgeoisie, notons aussi qu'à l'époque les autres milieux n'intéressaient pas tant la société, du moment que la « force de travail » n'était pas en jeu. D'ailleurs, si certaines travailleuses y cédaient, un séjour thérapeutique ne pouvait leur faire que le plus grand bien !

Le cas de l'hystérie, comme plus encore, celui de l'homosexualité est assez intéressant, puisqu'il montre l'importance des normes sociales dans la définition des maladies. Ils montrent aussi les rapports de dominations en vogue dans la société, ainsi que les formes qu'ils prennent. D'autre part, ont voit aussi la façon dont les sciences médicales construisent leur pouvoir sur les individu·e·s déviant·e·s ou en souffrance, en élaborant une construction sociale des maladies.

Autour des années 1960, l'hystérie semble miraculeusement devenue marginale, mais on peut s'étonner qu'une autre maladie, la schizophrénie, semble faire – aux dires des psychiatres – des ravages au sein de la société. Bien que la schizophrénie apparaisse dans la littérature psychanalytique avec Bleuler, en 1910 mais surtout dans ses écrits de 1950, d'une part, et que certaines de ses caractéristiques en soient attribuées aux observations de Pinel, puis de Kraeplin, en 1919, d'autre part, c'est surtout au cours des années cinquante et soixante que la population de « schizophrènes » explose ! Problèmes de dépistage et de connaissances scientifiques ? Problèmes psychologiques dus aux mutations de la société ? Ou bien problème de tolérance face à certaines différences ?

Ces questions prouvent la part sociale qu'ont le contexte social et ses normes sur la maladie dite « mentale ». Ainsi autour des années 1900, les mœurs sociales se resserraient autour de la religion ; la sexualité vivait une période de contrôle social née au XIX^{éme} siécle, elle était codifiée et encadrée de façon restrictive et normative, et se devait discrète. Dans les années 1960, l'appareil industriel a vécu une profonde mutation, le travail s'est morcelé à l'extrême, dans un mouvement paroxystique débuté dans les années 1930 aux États-Unis. S'ajoute à cela l'injonction de consommer, puisque nous sommes devenus « riches ». D'un point de vue marxiste, on pourrait dire que, d'une façon schizophrène, nous devenons (en partie bien sûr) nos propres « exploiteurs ». Peut-on, dès lors, ne pas voir un certain rapport entre certaines caractéristiques de ces maladies et certaines formes sociales d'oppression ?

J'ajouterais qu'aujourd'hui, il semblerait que nous sommes plutôt susceptibles d'être paranoïaques, ou éventuellement exposé·e·s a des formes paranoïaques de schizophrénie. Or nous vivons dans une époque où domine la notion « société du risque ». Il est devenu dangereux de traverser la rue, de s'asseoir à une terrasse de café, de rechercher une sexualité épanouie …

Et pour être un peu provocateur, je dirais que nous éviterons soigneusement de nous laisser embarquer trop loin dans ces réflexions, car mettre en lien celles-ci risquerait de nous éloigner de la question médicale et du soin en essayant de les lier à de futiles variantes sociales.

D'ailleurs, si nous nous y laissions entraîner, la psychiatrie actuelle ne manquerait pas de souligner que cette vision découle de nos tendance paranoïaques et de nos perversions narcissiques. Peut-être ces tendances à chercher une cause sociale à la maladie découlent-elles, dans une vision médicale orthodoxes, des penchants paranoïaques du monde militant, dans son obsession à critiquer l'ordre établi ?

Pour ma part, froisser l'orthodoxie médicale n'est pas un tabou. Et prétendre que la schizophrénie comme l'hystérie sont en grande part des constructions sociales et des outils de contrôle social, des réactions à des formes d'oppressions ne tracasse pas ma conscience.

D'ailleurs, Marthe ARRIGHI, dans son texte *Naissance de la psychanalyse* souligne que :

« les épidémies hystériques de la fin du XIXème siècle, étaient tellement identifiées à la psychanalyse en plein essor, que de fait, leurs symptômes étaient reconnus par la société. C'est alors que les symptômes évoluèrent et la conversion disparut. C'est pourquoi lorsqu'ils réapparurent, l'hystérie fut classée comme psychose ou schizophrénie (ce que Freud réfuta) et personne ne parlait plus d'hystérie. »

L'injonction d'être « normal·e » s'infiltre dans tous les domaines de la médecine, d'autant plus que celle-ci se double de l'injonction d'être « performant·e », que ce soit professionnellement, socialement, ou sexuellement. Les milieux militants ne sont par ailleurs pas entièrement exemptes de ces formes d'injonction …

Il va de soi que ne pas s'insérer dans ces cadres sociaux, ou plus encore de les refuser, créé de la souffrance psychique. Il va aussi de soi que la médecine est là pour nous aider : anxiolytiques, fortifiants, antidépresseurs, chirurgie esthétique …

Dés lors, nous continuerons l'exposé en nous appuyant principalement, mais non exclusivement, sur le domaine de la psychiatrie.

En effet, la notion de « souffrance psychique » cautionne une réponse médicale.

Pourtant, la médecine peut-elle vraiment prétendre s'abstraire des cadres sociaux ? Le soin peut-il se concevoir hors d'une démarche volontaire ? S'il peut aider à s'en sortir, ne peut-il pas avoir l'effet inverse s'il est imposé ? La « souffrance psychique » est de l'ordre du médical, mais aussi du social, et même de l'intime. Prétendre « soigner » ou pire « rendre normal » quelqu'un·e qui souffre psychiquement, c'est aussi en parti nier son vécu, son identité, lui imposer d'être quelqu'un·e qu'il n'est pas forcément ! Dans ces condition, le soin n'est-il pas paradoxalement source d'une souffrance psychique supplémentaire ?

3 – De l'expertise médicale à la dépossession de la santé.

La/le médecin pose son diagnostic et prescrit les médicaments : c'est son rôle. Dans le cadre de la consultation, il peut y avoir un échange plus ou moins long sur la maladie, mais il peut aussi ne pas y en avoir. Vous avez telle maladie, vous devez prendre ça. Vous avez tel problème de santé, vous devez vous faire opérer. Les risques du traitement de la maladie ne sont pas toujours exposés, lorsqu'ils ne sont pas carrément méconnus.

Quelle que soit la spécialité médicale, la personne est « dépossédée » d'elle-même. Cette dépossession est particulièrement marquante dans les spécialités comme la gériatrie ou la psychiatrie, où les personnes sont

particulièrement vulnérables. Au lieu de s'entretenir avec la personne âgée ou en souffrance psychique, la/le médecin gériatre ou la/le psychiatre s'adresse à ses proches. C'est plus facile. Et d'ailleurs, vu que la personne dont on s'occupe n'a sans doute plus toute sa raison, à quoi bon lui expliquer.

De toute façon, la/le médecin est expert·e en son domaine, donc elle/il a forcement raison. Du coup, la personne est « infantilisée », elle doit suivre un traitement « parce que c'est pour son bien » et non parce qu'elle veux aller mieux.

Ce qu'elle ressent, ce que vit la personne, n'entre plus en ligne de compte. Elle ne s'inscrit plus « dans la société » mais à l'intérieur du soin. Elle cesse d'avoir une individualité propre et finit par se résumer à sa souffrance, sinon à sa maladie.

Prenons l'exemple de la « santé mentale » et plus précisément de l'hospitalisation, que la personne y ait recours « sous contrainte », cas où son avis et son ressenti sont niés, ou de son propre gré, dans ce cas, elle se dépossède malgré tout de sa santé, de son identité. Dans les deux cas, sa santé est « aliénée » et est remise à l'expertise de l'institution médicale.

La/le psychiatre, détent·rice/teur du savoir médical connaît la maladie de ses patient·e·s, alors que celles-ci ou ceux-ci ne sont censé·e·s ne rien savoir. Ainsi, le savoir médical se transforme en pouvoir. Il exerce alors une aliénation supplémentaire sur la personne malade, la réduisant au produit de son diagnostic.

Non seulement les personnes sont dépossédées de leur santé, et de leur identité, mais en plus l'expertise, « l'étiquette » qu'on pose sur quelqu'un·e, lui laisse une marque « à vie ». L'individu·e est socialement disqualifié·e aux yeux de son entourage comme au sein de la société.

Une fois sortie de l'institution hospitalière, la personne reste malgré tout sous le contrôle de l'institution médico-sociale, son parcours est encadré entre suivi médical et suivi social.

4 – La question du « soin imposé » : dénaturation du médical en contrôle social.

Pour beaucoup de personnes ayant connue une hospitalisation, l'institution psychiatrique devient un cadre de référence ; elle encadre désormais, dans les murs comme hors des murs, la vie de la personne « en souffrance » qui devient dès lors un individu·e « psychiatrisé·e ».

L'institution psychiatrique exerce son pouvoir de façon totalisante, dans tous les aspect de la vie de celles et ceux qui en dépendent : travail souvent dévalorisé (ESAT, ateliers « protégés »…), lien social au rabais (CATTP, encadrement par des infirmier·e·s…), famille (contrôle des visites, isolement…).

Pour certaines personnes le contrôle hospitalier s'exprime presque aussi fortement en dehors de l'institution qu'en dedans via l'injonction de soin : prescription de piqûre longue durée de neuroleptique, obligation de pointage régulier avec la/le psychiatre, mais aussi un ou une infirmièr·e référent·e, activités libres dont le caractère est plus ou moins obligatoire du fait qu'elles s'inscrivent dans le parcours de soin.

Le soin relève de la médecine hégémonique, et ses formes sont définies dans ce strict cadre hégémonique : consultation, prescription médicamenteuse souvent lourde, et si nécessaire, thérapie de choc et mesures de contention dans le cas de la psychiatrie.

Loin d'être encouragé, chercher l'autonomie en essayant de trouver ses propres solutions, par des « médecines douces » (tisanes, plantes, médecine chinoise, acupuncture...) expose a un jugement dévalorisant de la part du corps médical. Les itinéraires thérapeutiques sont variés, les patient·e·s faisant des allers et retours entre médecine alternative et médecine conventionnelle ; mais loin de coordonner diverses formes thérapeutiques, la médecine dominante impose son hégémonie en disqualifiant les efforts de la personne pour se soigner seule, au mieux niant, au pire condamnant la pluralité de recours à différentes formes de soins.

Au-delà de l'autonomisation de la personne face à sa souffrance, la possibilité de se tourner vers des soins plus en accord avec sa propre vision de la santé et présentant moins d'effets secondaires que les soins médicamenteux de la médecine académique, et de participer à préserver sa santé, est niée.

Souvent, la psychiatrie offre un « soin technique » sans interroger sur les causes et ni même chercher à y remédier. Elle se résume à des soins médicamenteux doublés d'un contrôle social. L'administration de médicaments se voit parfois imposée. Le caractère librement consenti d'une hospitalisation peut aussi se voir remis en cause.

Bruce LEVINE[2], un psychologue, décrit l'hospitalisation psychiatrique comme un véritable lavage de cerveau médicalement assisté : Face aux nombreux « procédés de menaces, de chantage, d'endoctrinement, d'infantilisation et de culpabilisation » dont l'institution dispose légalement, « et quasiment sans recours [,] les patients vont jusqu'à simuler la «maladie» et sa «guérison» en disant que le «traitement» les a guéris parce que c'est le seul moyen qu'il leur reste d'échapper à l'enfer de la coercition. Les victimes de ce système ne sont pas des personnes humaines, mais des «malades», appréciés non pas comme des criminels objectifs mais comme des objets qui posent un souci de gestion. »

2. http://www.zinzinzine.net/2016/02/pourquoi-les-anti-autoritaires-sont-diagnostique-e-s-comme-malades-mentales-aux.html

La psychiatrie sort alors du domaine médical pour se cantonner a un rôle social répressif. La limite entre « soin sous contrainte » et « soin librement consenti » s'estompe parfois face aux exigences de contrôle social. Ainsi, en psychiatrie règne le chantage : des personnes en placement volontaire sont menacées d'être placées de force si elles veulent sortir ou sont en désaccord avec les soins proposés.

Dès lors, le soin devient une « punition ». Il se résume à un « outil de contrôle ». Cette « injonction d'être bien », dans la norme, s'enracine dans notre éducation – si on te puni, c'est « pour ton bien » – et se propage dans l'être même …

Pour Maud MANNONI[3], « l'acte psychiatrique » dans une psychiatrie réduite à utiliser ses diagnostics uniquement dans la forme répressive, « est souvent ressenti comme une forme de coercition éducative, rappelant les sanctions de l'enfance ». Ainsi, « une permission de sortie est assimilée à la limite à une sorte de levée de peine ou d'écrou, tant est présent dans l'esprit du malade le critère de bonne conduite . »

Ce rapport de domination, l'obligation de « soin » et l'enfermement, font que le soin devient principalement un outil de contrôle social. Dès lors, le « soin », réduit à une punition, fausse le rapport thérapeutique duquel l'individu·e cherche à s'échapper en se conformant aux attentes institutionnelles, jouant les comportements qu'on attend de lui. Que reste-t-il du soin dans ce « jeu » dominant / dominé ? Comment prétendre que le « soin » imposé puisse jouer positivement son rôle de rendre la personne en bonne santé, si celle-ci, fuyant un rapport d'oppression, cache son mal-être, sa maladie ?

5 – La question de « l'enfermement » : Perversion de la notion de risque pour soi ou pour autrui.

Alors que dans certaines sociétés traditionnelles, le malade est pris en charge collectivement, que la/le « folle/fou » est intégré·e, dans la société occidentale capitaliste, il existe une « peur » de la différence, de s'occuper des autres. Ainsi, celles et ceux qui sont trop différent·e·s sont rejeté·e·s ; s'occuper de ces personnes est une charge ingrate. L'enfermement est ainsi pour la société une façon de se débarrasser des personnes qui gênent par leur différence, de cacher cette différence qui fait peur.

3. Maud MANNONI, *Le psychiatre, son fou et la psychanalyse*, Paris, Éditions du Seuil, 1979.

Souvent, se retrouver enfermé·e c'est être privé·e de liberté « pour notre bien » ou pour celui de la société. Dans le cas de « l'enfermement thérapeutique », la notion de « péril imminent » est prétexte à quasi toute décision arbitraire.

Celles et ceux qui vivent l'enfermement contre leur volonté sont privé·e·s de leur droit, de leur humanité. Donc les « soins » leurs sont imposés, parfois violemment. Dans l'institution psychiatrique, celles et ceux qui sont enfermé·e·s contre leur gré portent le pyjama, sont parfois attaché·e·s, mis·e·s à l'isolement. Les soins leurs sont imposés, leurs ressentis sur ces soins nié, puisque de toute façon ces personnes ne sont pas capable de savoir ce qui est bien pour elles ; pire, elles souhaitent se faire du mal !

La réponse institutionnelle est le « traitement à vie ». Elle fait disparaître le « sujet social ».

Ainsi, l'individu·e « psychiatrisé·e » perd sa dimension humaine, et devient l'objet de soins constants, soins qui lui sont parfois prodigués contre sa volonté. Peut-on dès lors vraiment s'étonner du nombre de suicides au sein de l'institution psychiatrique ?

Cette « institutionnalisation » de la personne en souffrance psychique encadre la personne en souffrance aussi bien dans l'hôpital que hors de celui-ci. L'injection de neuroleptique, déléguée à l'infirmièr·e, le pointage en Centre Médico-Psychologique, et l'usage des forces de l'ordre pour une nouvelle hospitalisation sous contrainte si la personne malade ne vient pas régulièrement aux « pointages » qui lui sont assignés, ces exemples illustrent de manière frappante illustre l'imposant contrôle social mis en place pour « recadrer » la personne qui sort trop des normes sociales.

On peut noter que les individu·e·s qui sont peu enclin·e·s aux rapports autoritaires se retrouvent plus souvent hospitalisé·e·s que les autres, et que l'hospitalisation est dans leurs cas encore plus souvent sous contrainte (à moins de savoir dissimuler son ressenti, ses opinions).

Bruce LEVINE souligne que la sélection et la socialisation des professionnel·le·s de la santé mentale tend à écarter de nombreux/ses anti-autoritaires. : « Ayant navigué dans les eaux de l'éducation supérieure pendant une décennie de ma vie, je sais que les diplômes et les certificats sont principalement des badges de conformité. Celleux qui ont eu une scolarité prolongée ont vécu pendant des années dans un monde où l'on se conforme systématiquement aux demandes des autorités. Ainsi pour de nombreux/ses doctorant·e·s, les gen·te·s qui ne sont pas comme elleux, qui rejettent cette conformité de comportement et d'attention leur semblent venir d'un autre monde – un monde diagnosticable. Je suis frappé de voir (1) à quel point les personnes diagnostiquées sont essentiellement des anti-autoritaires, et (2) à quel point ces professionnel·le·s qui les ont diagnostiqué·e·s ne le sont pas.

6 – Questionnement politique sur le soin.

Nous avons vu quelques uns des problèmes de la médecine occidentale moderne découlant de sa construction sociale autoritaire. Celle-ci érigée en experte, non seulement des problèmes médicaux mais aussi des problèmes sociaux, exerce une fonction « normative » sur les personnes composant la société. Cette fonction normative est encore plus vraie dans le cas de la psychiatrie. Celle-ci à le pouvoir d'extraire de la société les personnes qui n'entrent pas dans les normes.

Dès lors nous devons nous poser la question de savoir de quelle façon la médecine pourrait être plus accessible à tous, et être plus « incluante » en faisant participer la personne en souffrance à sa propre santé. Nous devons aussi nous questionner sur ce que nous pouvons apporter, comme sur les formes de domination que nous reproduisons dans nos vies militantes.

En effet, le milieu libertaire est lui aussi traversé par des rapports de domination et d'exclusion : marginalisation des questions touchant au soin, exigence d'efficacité, ou intolérance face à celles et ceux qui sont différent·e·s ou en souffrance. Ces rapports de dominations se jouent dans la façon de parler, d'écrire, de monopoliser le savoir, d'imposer son savoir universitaire, d'adopter une posture d'expert·e, d'user d'un discours rhétorique, de disqualifier l'autre à travers des accusations stéréotypées …

Se pose aussi la question de l'aide qui peut être stigmatisante ou reproduire les rapports de domination présents dans la médecine dominante. L'élaboration de dispositifs alternatifs visant à restaurer l'autonomie de la personne malade est donc très délicate, et nécessite une grande écoute de la personne souffrante, écoute dont l'absence est au centre des rapports de dominations présents dans la médecine occidentale moderne. L'élaboration de tels dispositifs nécessite aussi de s'extraire des rôles « soignant·e·s – soigné·e·s » sous peine de reproduire une forme de domination.

Se départir de « l'obligation de soin » de la médecine moderne n'est pas chose aisée. Ainsi, la médecine pensée sous une forme « communautaire » ou libertaire pourra-t-elle vraiment se départir d'un formatage liée aux normes du groupe, normes restant instituées à travers les rapports de domination ? En effet, des rapports de domination qui, s'ils ne font plus partis d'un ordre social dominant, peuvent tout autant s'inscrire dans les courants d'idées, le maniement du langage et de ses idées, ou encore dans l'inversement de rapports de domination. Tout groupe a des normes, et celles-ci se composent autant d'élaborations collective que d'arbitraire. Tout groupe se compose aussi d'une identité mêlée d'expression minoritaire. Il est possible de poser la question suivante : comment dépasser le regard normatif de la médecine, mais aussi celui de la société ?

Mais il serait pertinent d'ajouter : Comment dépasser le regard normatif qui s'institue dans tout groupe humain, et s'étend à travers les individus composant ce groupe ?

Au-delà des groupes humains, la constitution d'une autre médecine ou d'une autre société pose la question des conflits, des divergences – divergences qui peuvent (comme ici) advenir a travers l'élaboration d'un texte, ou l'élaboration d'un travail collectif – et de leur dépassement si celui-ci est possible, de la place laissée à celles et ceux qui se trouvent marginalisé·e·s par une façon de penser différente.

C'est par la résolution de ses questions de la place de l'autre dans le milieu militant, de l'acceptation de ses particularités et de ses faiblesses, et de son inclusion dans le groupe, que nous pourrons construire une critique réellement efficace des rapports de domination et d'exclusion au sein de la médecine occidentale.

Je me permet d'exprimer une position personnelle sur la psychiatrie. Celle-ci étant établie comme la médecine de la pensée, il est logique qu'elle ait un fort caractère normatif. Dès lors, peut-on vraiment la changer par une approche « libertaire » ou « communautariste » ? Pour ma part, je pense indépassable cette contradiction, et que seule la liberté de chaque individu·e face à sa santé, qu'elle soit psychique ou physique, peut donner une place à cette santé. Je refuse aussi le concept « d'hygiène sociale », que celui-ci soit utilisé par les médecins hygiénistes, ou que celui-ci viennent de certains écrits libertaires.

Clinique ou politique ?

Collectif La Petite Alternative de Santé

La petite Alternative de Santé de Lyon nous livre ici un texte plutôt descriptif de la situation sanitaire grecque depuis la fameuse « crise » de 2008.

On aurait aimé un peu plus d'engagement et davantage de critiques. On a l'impression, en le lisant, que l'on ne prend pas partie en faveur de nos compagnons et compagnonnes anarchistes. Or, de notre côté, il n'en est rien. Si nous estimons qu'autogestion et autonomie ne sont pas des processus similaires, c'est bien parce que nous nous retrouvons davantage sur les positions des espaces qui refusent la simple autogestion, voire la cogestion, comme c'est presque toujours le cas pour les dispensaires de santé autogérés grecs qui sont financés ou aidés par toutes sortes d'institutions social-démocrates (mairie, Union Européenne, parti politique, etc.). Cela s'illustre à travers l'existence du réseau « solidarity4all » dont il est question dans le texte et auxquels adhèrent la grande majorité des dispensaires de soins autogérés. Ce réseau dépend d'un parti politique qui s'appelle Syriza. Parti populiste de gauche, Syriza a eu la fine idée de demander à ses député·e·s de verser 20% de leurs indemnités pour financer tout un tas d'activités regroupées au sein d'une entité appelé le Mouvement Solidaire dont faisait parti le réseau « solidarity4all ». Une sorte d'entrisme mélangée à une séduction pré-électorale qui a été d'une grande efficacité puisque Syriza a gagné les manettes de l'État en 2015 pour conduire une politique et une économie sensiblement identique aux précédentes. Mais que les choses soient claires : Syriza était un ennemi bien avant d'être au gouvernement. Et pour preuve : Alexis Tsipras, avant d'être premier ministre, avait déclaré que si Syriza n'avait pas été là, il y aurait eu beaucoup plus de révoltes en Grèce...

De trop rares dispensaires ont préféré une indépendance totale en refusant l'adhésion au réseau « solidarity4all ». Parmi eux, au moins deux dispensaires (nommés PIKPA et VOX, dont il sera question dans le texte) sont, selon nous, les seuls à être sincèrement autonomes et franchement subversifs. Les autres n'ont fait que poser quelques pansements sur le corps de l'« État social » grec afin de le sauver, tout en servant la soupe à de malin·e·s politicien·ne·s qui se sont régalé·e·s et qui continuent de les oppresser en guise de remerciements...

PS : Petit clin d'œil au premier texte concernant l'Ordre des médecins : savez-vous quelle organisation politique a le plus dénoncé ces dispensaires de soins autogérés dans le but de les fermer ? On pense en premier à l'État et ses flics (c'est arrivé pour certaines structures qui étaient squattées, avec ce genre d'histoire incroyable : un huissier faisant son travail immonde d'expulsion mais avec un sac de médicaments à la main pour soutenir personnellement l'initiative (!)), ou encore aux industries pharmaceutiques qui ont un manque à gagner relativement important concernant le recyclage des médicaments. Et bien, non ! C'est l'ordre des médecins grec qui a le plus œuvré à la fermeture de telles initiatives.

Édito

La Petite Alternative de Santé arrive à Athènes après 2854km de karaokés endiablés, pour rencontrer des collectifs de soin et des dispensaires sociaux. Face à des expériences dans le soin nous laissant plein·e·s de questions et de révoltes, nous avons eu besoin d'explorer d'autres manières de concevoir et de pratiquer le soin.

En France, les quelques initiatives de santé communautaire tentent de briser le pouvoir médical et la hiérarchie entre les soignant·e·s. Elles proposent un accès au soin de proximité, un modèle décisionnaire horizontal, une revalorisation des savoirs et théories profanes, une (re)prise d'autonomie des usager·e·s, du groupe/communauté/quartier et de la structure face au système dominant. Elles créent des lieux où le soin n'est plus réduit à une problématique médicale mais un espace dans lequel les personnes sont reconnues dans leur complexité et leurs difficultés.

En Grèce, les coupes budgétaires et les réformes ont entraîné un affaiblissement considérable du système public et une détérioration générale de déterminants sociaux de santé. Une grande partie de la population se voit retirer ses droits fondamentaux et se retrouve face à des situations de précarité que l'État ne prend plus en charge. Des dispensaires sociaux ont ainsi été fondés d'une part pour répondre aux besoins urgents de santé, d'autre part ; pour répondre à des envies; suivant la conviction qu'un changement social était nécessaire et que la solidarité dans le soin, comme dans les autres domaines, devait être créée ailleurs et autrement : autogestion, soin communautaire…

La Grèce a été contrainte à se plier à des mesures d'austérité de manière brutale, mettant en péril la survie sociale et sanitaire des populations. En France, la transformation du système de soin en entreprise s'est faite au cours de ces dernières décennies. Cependant, même si les histoires et les rythmes dans ces deux pays leur sont propres, c'est la même idéologie libérale et capitaliste qui s'est imposée en Europe en instituant toujours les mêmes rapports de pouvoir.

Les initiatives dont nous parlons ne concernent cependant qu'une minorité des soignant·e·s et ne sont pas en mesure de prendre en charge tous ce·lles·ux qui en ont besoin. Les dispensaires religieux (qui sont les seuls autorisés par ailleurs) représentent la majorité des centres de santé.

Nous présentons une vision très partielle et subjective des dispensaires sociaux. Nous ne sommes pas grecs (sauf une moitié), nous avons voyagé pendant trois semaines au cours desquelles nous avons visité deux hôpitaux publics, et trois dispensaires sociaux d'Athènes. Nous n'avons de la situation grecque que des notions éparses issues de discussions, d'articles, de documentaires... Si nous avons vécu ces rencontres, nous n'avons jamais été directement confronté·e·s aux difficultés liées à la crise. Nous avons suivi une formation médicale et quand bien même nous en critiquons le contenu, notre analyse en est forcément tributaire. Par ailleurs, nous avons fait le choix de nous intéresser aux pratiques soignantes par le regard et l'expérience de soignant·e·s. Par ce texte, nous n'avons pas souhaité dépeindre une réalité exhaustive, mais plutôt rapporter des situations et l'interprétation que nous en avons pu en faire.

Introduction

Aux prises avec un néo-libéralisme envahissant tous les domaines, la médecine sert ses logiques de marché tout autant qu'elle en fait les frais. Au niveau européen, les différents pays s'alignent sur des politiques globales de santé visant la rentabilité, la concurrence et la croissance dans la pratique médicale, la gestion des populations et la recherche scientifique. Cela tend vers une homogénéisation du système médical.

L'application de ces lois de marché se fait au prix des populations précarisées et renforce les rapports de pouvoir déjà établis. En effet, les pays décideurs imposent des plans de restructuration aux pays « mis sous-programme ». Les restrictions qui accompagnent ces plans creusent les inégalités et accélèrent la dégradation des déterminants sociaux de santé. Ce climat est aggravé par la montée du fascisme qui cherche à désigner des boucs émissaires : immigré·e·s, prostitué·e·s, chômeurs/meuses… Ces populations stigmatisées se voient ainsi plus facilement retirer leurs droits.

Les objectifs économiques vont de pair avec une volonté de contrôle social (normalisation des individus - emprise sécuritaire). L'État, loin de seulement protéger, encadre : on peut illustrer ce paradoxe par le système français de sécurité sociale. Elle symbolise en effet la solidarité nationale autant qu'elle instaure une adhésion et une dépendance qui permettent ce contrôle. A l'heure où ce système est mis à mal, et une solidarité dans le soin d'autant plus nécessaire, la défense de la sécurité sociale peut cautionner la toute-puissance de l'État et renforcer le modèle néolibéral.

La relation de soin est corrompue à la fois par la marchandisation de la médecine et par l'accroissement de la pauvreté. Cette détérioration s'observe dans des situations très différentes : l'usager·e qui manque d'informations sur les possibilités de soins, celle-lui qui est dominé·e par une médecine techniciste complètement hors des réalités quotidiennes, celle-lui qui subit la médicalisation de ses souffrances, celle-lui qui n'a accès à aucun accompagnement ou à aucun soin, celle-lui rendu·e investisseur·e de son capital santé, etc. Comment se placent et agissent les soignant·e·s face à ces situations ? Les rapports de domination qui ordonnent la relation de soin changent-ils lorsque les soignant·e·s sont elles·ux même précaires ? Qu'est-ce qui différencie une action solidaire d'une action charitable ? Comment lutter contre la hiérarchisation des savoirs alors qu'elle imprègne toutes les pratiques ? Et, comment mettre en pratique ces réflexions dans un contexte d'urgence ? Enfin, comment peut-on remettre du politique à l'échelle interpersonnelle dans les structures et les relations de soin?

En nous intéressant aux expériences grecques, nous avons cherché comment elles pouvaient impulser des idées de centres autogérés et autonomes en France, tant sur le plan des structures que sur la remise en cause des pratiques et des idéologies.

Contexte

Suite à la crise de 2008, de nombreuses mesures sont prises rapidement pour réduire les coûts et restructurer le système de santé en Grèce. Dès lors qu'ils-elles sont au chômage, les grec·que·s doivent entamer des démarches pour continuer à bénéficier d'une sécurité sociale. Tout·e·s ne sont pas éligibles : selon l'âge et la durée de cotisation, certain·e·s ne peuvent bénéficier d'aucune couverture sociale. Dans le meilleur des cas, elle est de deux ans maximum après un délai de quatre mois minimum sans assurance lié aux procédures administratives. Plus d'un quart de la population grecque est au chômage, et l'offre d'emploi s'est réduite aussi bien dans le secteur privé que dans le secteur public.

En ce qui concerne les patient·e·s assuré·e·s, ils-elles doivent s'acquitter d'une participation forfaitaire aux frais d'hospitalisation aux urgences ou d'achat de traitements ; participation qui a augmenté, évidemment. Par ailleurs, le cadre légal qui fixe le droit des patient·e·s change à une rapidité telle qu'il est impossible pour elles·ux de les connaître suffisamment pour les faire valoir ou pour contester les réformes inégalitaires en cours. Notons que les personnes sans papiers n'ont jamais eu accès à une protection sociale. La loi autorise leur prise en charge aux urgences pour des soins courts jusqu'à une « stabilisation de leur état de santé »[1].

En pratique, seuls quelques hôpitaux publics acceptent encore de prendre en charge des malades sans sécurité sociale, mais ils doivent payer l'intégralité des soins et leurs médicaments. A l'impossibilité de paiement s'ajoute la peur des conséquences : le non-paiement entraîne des saisies du service des impôts ou le refus d'une prise en charge future à l'hôpital. L'accès au soin des patient·e·s non couvert·e·s devient de plus en plus difficile et demande de plus en plus d'énergie autant de leur part que de celle des soignant·e·s qui doivent négocier avec l'administration.

La dégradation des conditions d'accès aux soins et plus généralement des conditions de vie s'accompagne d'une recrudescence de pathologies rares, graves ou en rapport avec un retard de prise en charge. Ces situations « inédites » inquiètent mais, dans une certaine mesure, fascinent aussi les médecins. Dans les hôpitaux débordés, les délais de consultation s'allongent ce qui rend le suivi des maladies chroniques difficile. Les soins considérés comme des « soins de confort » (lunettes, soins dentaires, chirurgie de prothèse de hanche, etc.) sont indéfiniment repoussés, voire abandonnés. Heureusement, les soins d'urgence restent la plupart du temps réalisés. Cependant, même si la gravité de la situation n'est pas toujours visible, elle n'en reste pas moins très inquiétante. La prévention et la prise en charge des pathologies chroniques ne sont plus assurées, ce qui laisse présager de lourdes conséquences dans le futur.

Le discours ambiant en Grèce est de rappeler que chacun·e est faut·if/ive et responsable de la crise. En effet, la culpabilité de la crise est intériorisée par la population et transforme les idées de chacun·e, ne permettant pas de désigner les vrai·e·s coupables.

1. Notion très subjective qui nous laisse imaginer que les soins peuvent être limités et les patients vite expédiés hors de l'hôpital dès le risque vital écarté.

Restructuration des hôpitaux...

Le contrôle drastique des dépenses conduit à la mise en place d'une surveillance renforcée des prescriptions médicales. Elle repose sur l'informatisation et la protocolisation des procédures de soins. Cela s'explique par une volonté d'harmoniser les pratiques entre les différents services mais aussi de les aligner sur les recommandations européennes. Il semble que cela a permis une division par trois des dépenses de santé liées aux médicaments depuis 2010. Mais par ces mesures, les soignant·e·s tendent à devenir des exécutant·e·s laissant de côté une part de leur savoir-faire et l'aspect humain et spontané de la relation de soin.

Devant l'absence de garanties financières fournies par l'État, les hôpitaux publics se retrouvent face à un embargo de certaines firmes pharmaceutiques, ce qui conduit à la pénurie de médicaments et de matériaux de soins. Les patient·e·s sont alors supposé·e·s se fournir par elle·eux-mêmes en matériel (perfusions, pansements, compresses, etc.) dans les pharmacies libérales. L'utilisation de médicaments génériques est largement promue, ce qui a fait passer leur utilisation de 10 à 50% des prescriptions.

L'hôpital a subi de profondes restructurations avec la fermeture de nombreux services jugés non rentables. La fusion de certaines unités aux activités très différentes nie les compétences spécifiques des soignant·e·s, appliquant une logique managériale où tout le monde est interchangeable. Les membres de l'administration hospitalière sont nommé·e·s par l'État. S'ils·elles sont jugé·e·s inefficaces, ils·elles sont remplacé·e·s au bout d'un an, ce qui est souvent le cas. De plus, l'Union Européenne envoie des expert·e·s pour observer et « conseiller » ces dirigeant·e·s.

Un plan de restructuration prévoit la fermeture de tous les hôpitaux psychiatriques, et la mise en place d'une sectorisation. Ce projet est né avant la crise, mais voit dans ce contexte sa mise en place difficile. Évidemment, aucun dispositif n'a été créé en remplacement. Bien que la fermeture de ces hôpitaux soit souhaitable aux vues de l'état déplorable du traitement des usager·e·s, cela interroge néanmoins sur les possibilités de soin de ces patient·e·s. Celles·eux qui nécessiteront d'une hospitalisation seront pris·e·s en charge dans les services des hôpitaux généraux, dont les structures sont inadaptées et débordées et le personnel non habitué aux soins psychiatriques. Les autres seront livré·e·s à elles·ux mêmes sans suivi spécifique.

… Et retentissement sur le personnel soignant au sein des hôpitaux

Un des objectifs visés par les mesures d'austérité est la réduction du personnel de la fonction publique. Les hôpitaux ont ainsi vu leur effectif réduit d'un tiers. Toutes les stratégies sont bonnes pour y parvenir : départ à la retraite anticipée, non remplacement du personnel parti à la retraite, plan de « départ volontaire », mais aussi des techniques plus perverses : non reconnaissance de certains diplômes ; ou de certains stages pour justifier des licenciements. Un système de notation pour les infirmièr·e·s non titulaires

a aussi été mis en place. Celles·eux qui obtenaient moins de 6/10 voyaient tout simplement leur contrat non renouvelé. Il était bien sûr prévu que 15% des notes soient inférieures à ce rang. Enfin, aucune embauche n'a été réalisée depuis 2006.

Parallèlement, la pression financière s'est accélérée sur le personnel soignant qui a dû accepter une diminution de 40 à 50% des salaires depuis 2006, une suppression des primes de nuit, un retard de paiement des gardes et des heures supplémentaires. A la sortie de leur formation, les médecins ne parviennent pas à trouver de poste et se retrouvent souvent au chômage. Certain·e·s font appel à des agences qui se sont spécialisées dans « l'exportation » de ces jeunes diplômé·e·s à l'étranger (Allemagne, Suisse, Suède...).

La mécanisation et l'informatisation semblent par exemple très bien pallier la réduction du personnel. Cette démarche est d'ailleurs déjà en route. En effet, la crise a été le prétexte de restructuration dans de nombreux domaines de la fonction publique.

Ces réformes ne vont bien sûr pas sans contestations. Dans de nombreux hôpitaux, de nombreuses grèves et manifestations ont eu lieu avec des assemblées générales, des blocages de bureaux administratifs, des pressions aux portes de l'hôpital pour tenter d'accueillir les personnes non couvertes, sans parler des toutes les actions discrètes et illégales comme le fait de donner des soins sans les déclarer.

Une autre forme de contestation, celle que nous avons la plus approchée, est la création à l'extérieur de l'hôpital, de modèles de soin alternatifs. En effet, de nombreux dispensaires sont nés suite aux manifestations contestant l'austérité. Celles-ci avaient fait de nombreux·ses blessé·e·s. Constatant la nécessité de se former aux premiers secours, des groupes se sont organisés à l'image des *streetmedic*[2]. Cela a marqué le début d'une rupture avec l'« entre-soi » du secteur professionnel médical. Porté·e·s par la volonté de développer une capacité à se soigner et à se soutenir au sein d'un groupe, certain·e·s ont travaillé à allier le soin et le vécu politique. Depuis, le champ d'action de ces dispensaires s'est élargi. Ils ont pris des rôles et des places diverses dans le paysage de soin en fonction de l'histoire de leur création et des personnes qui les ont mis en place.

L'activité réalisée au sein des structures alternatives

Dans les structures que nous avons visitées, l'activité consiste principalement en du soin primaire[3], de la distribution de médicaments et du soutien psychologique. Ces structures n'étant pas organisées pour répondre à tous les besoins qui sont variés et croissants, un réseau[4] s'est créé dans le but d'orienter les usagèr·e·s pour répondre aux différentes nécessités. Celui-ci se tisse entre

2. Pratique qui consiste à partager des connaissances et à pratiquer des soins de premier secours lors des mobilisations afin de s'autonomiser et de ne pas avoir recours au système de santé institutionnel lors des actions politiques.

les dispensaires, surtout pour la pharmacie. Ils sont également en lien avec des cabinets libéraux (ophtalmologie, gynécologie, dentiste) qui acceptent en plus de leur exercice habituel de faire des consultations bénévoles. Certains soins complexes ne peuvent être cependant réalisés qu'à l'hôpital, et les professionnels permettent parfois de faciliter l'accès aux services hospitaliers. En effet, des soignant·e·s ont à la fois une activité hospitalière et bénévole et peuvent faire pression pour prendre en charge des patient·e·s dans les situations difficiles.

Une des activités prépondérantes des centres est la distribution de médicaments, grâce à d'importants dons (de pharmacies, de particuliers). Face à un manque de matériel, on observe l'application d'une logique du « tout est bon à prendre », conduisant à la collecte de médicaments ne correspondant pas forcément aux besoins[5]. Paradoxalement, les dispensaires reçoivent un surplus de médicaments qu'ils donnent ensuite à l'hôpital public. Cela n'empêche pas la pénurie de nombreux produits (matériel consommable, traitements des pathologies chroniques) mettant en grande difficulté la prise en charge. Notons également que l'industrie pharmaceutique propose des dons (qui sont refusés dans les centres que nous avons visités) alors même qu'elle refuse de réapprovisionner les hôpitaux en défaut de paiement. Tous ces dons focalisent l'activité des structures vers un soin médié par le médicament. En effet, en tant que substance, le médicament est plus facile à donner que du temps, et porte une utilité définie plus qu'un don monétaire. Comme il incarne une expertise thérapeutique, il circule et se partage plus aisément en tant que savoir-faire indépendant d'un·e professionnel·le. Son rôle reste donc central comme objet dans la relation entre patient·e et soignant·e. Cette pratique de don matériel renforce donc malgré elle la médecine toute allopathique.

Un autre volet important est la place prépondérante du travail des psychologues. Plusieurs justifications peuvent être apportées à ce phénomène : une augmentation de la souffrance psychique (hausse significative des

3. Il s'agit de la prévention, du dépistage, du diagnostic, du traitement et du suivi, de la dispensation et de l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux ainsi que du conseil pharmaceutique. Le-la médecin de soins primaires est donc celle-lui qui peut donner une réponse à la majorité des patient·e·s, dans la majorité des situations avant d'orienter si besoin vers d'autres soins plus spécialisés.

4. Solidarity4all se présente comme « collectivité qui s'efforce de faciliter la communication des réseaux et des structures de solidarité effective ainsi que l'échange d'expériences et de « savoirs-faires » entre eux […], de rendre accessible et visible la présence de cet univers de solidarité à celles-eux qui en ont besoin, dans tout le pays […], de renforcer toutes les tentatives déjà en marche de toute manière possible (fourniture de matériels et de main-d'œuvre, soutien financier, assistance mutuelle, etc.) […]. » Cette initiative politique souhaite « diffuser le concept politique que nous sommes tous·tes touché·e·s par la crise et les contrecoups de l'application agressive des mémorandums, devons prendre notre vie en main. Que nous ne pouvons pas et ne voulons pas nous substituer à l'« État social » en dégradation, mais, en revanche, en luttant pour la survie du peuple et de la société grecs, nous revendiquons le droit de tous et de toutes à vivre dans la dignité, de mener des campagnes de solidarité d'une envergure nationale, de promouvoir la campagne internationale de solidarité avec le peuple grec à un niveau à la fois politique et financier. »

5. Un exemple frappant est la présence de certaines chimiothérapies dans une pharmacie sociale. Il est étonnant de trouver ces produits, dangereux et nécessitant une certaine connaissance quant à leur administration, distribués gratuitement en dehors de l'hôpital.

tentatives de suicide), le non-remboursement des frais des entretiens psychologiques par la sécurité sociale et la saturation des lieux d'accueil. Cette activité risque d'ailleurs d'augmenter au cours du processus de fermeture des hôpitaux psychiatriques. Ce développement d'activité ne se fait pas sans obstacles. Au niveau organisationnel, les conditions d'un local adapté aux entretiens psychologiques ne sont pas toujours honorés (anonymat, intimité, insonorisation, stabilité). De plus la nature potentiellement vulnérable, éphémère et officieuse de certains de ces lieux, complique le processus de création d'un environnement et d'une relation sécurisants et rassurants.

Lieu en tant qu'espace de soin

Pour une structure de soin qui porte une démarche communautaire[6], la question du lieu est primordiale. Elle se doit de s'intégrer dans un quartier ou un réseau de vie et être un lieu d'accueil que les personnes peuvent s'approprier. Pour obtenir un lieu, trois cas de figure existent : soit la mairie met à disposition un local -d'autant plus facilement en temps de crise-, soit le lieu est loué ou acheté mais il faut en avoir les moyens, soit il s'agit d'un squat.

Le choix du squat permet de refuser la subvention de leur projet par les institutions étatiques, mais entraîne des difficultés. Ces lieux risquent d'être plus ou moins éphémères, de se voir attaqués par des groupes fascistes et par la police. Certaines personnes peuvent être freinées par cette illégalité et par le volontarisme politique revendiqué.

Place dans le paysage de soin

Certaines structures ont été pensées uniquement dans le but de pallier des manquements des fonctions habituellement remplies par le service public. Elles se fondent sur une conception « humanitaire » du soin, visant à répondre à la situation d'urgence, et à revendiquer une meilleure répartition des droits sociaux. Selon eux, la mission de santé doit être assurée par l'État, et ces structures n'auraient plus lieu d'être une fois la « situation rétablie ». Chez d'autres, la confrontation à ces expériences alternatives de soin a fait naître une conscience politique différente qui envisage la nécessité d'existence de ces structures au-delà du contexte de crise. Enfin, certain·e·s pensaient déjà le soin dans une dimension plus politique et la crise a précipité leur mobilisation.

Kaningos est une des trois structures visitée. Ses locaux sont loués à la mairie d'Athènes et une centaines de bénévoles (dont des professionnel·le·s médico-sociaux : 18 dentistes, 16 psychologues, 35 médecins, 1 assistante sociale, 1 diététicienne, 3 pharmaciennes, 3 gynécologues) y accueillent des individu·e·s sans sécurité sociale uniquement et qui doivent le justifier.

6. La santé communautaire s'inscrit dans une démarche populationnelle et non individuelle. Cela signifie que les individu·e·s qui partagent un espace commun sont impliqué·e·s dans les soins délivrés dans ce même espace. Elles et ils définissent les besoins en terme de santé et contribuent d'une manière ou d'une autre à les satisfaire. Cela va de la participation la plus distante comme des réponses à des enquêtes, à des engagements plus forts comme la participation à des formations, réunions, etc.

Elles/Ils se financent par toutes sortes de dons, exceptés ceux qui viennent de l'industrie pharmaceutique. Plusieurs cultures politiques y coexistent. Malgré cette hétérogénéité, une volonté commune d'organisation plus horizontale ressort. Toutes les décisions sont prises lors d'assemblées générales où chaque voix est égale. Les patient·e·s peuvent participer à ces assemblées, et devenir elles·ux-mêmes bénévoles. Initialement, un tour de rôle avait été instauré entre les bénévoles, permettant à chacun·e de changer régulièrement de poste. Cependant, plus la fréquentation du centre a augmenté, plus les rôles se sont limités aux statuts initiaux (accueil, infirmièr·e, médecin, secrétaire). Plus encore que les autres, la place des médecins semble demeurer non substituable. Alors qu'émergent au sein de ces groupes des volontés d'initiatives horizontales où la connaissance détenue par la/le médecin pourrait être partagée, la fonction de ce·tte dernier·e n'est pas si facile à destituer. Le rôle social du/de la médecin et les bénéfices qu'elle/il en tire sont énormes. Ensuite, l'urgence l'oblige à mobiliser rapidement des connaissances cliniques. Enfin, la valeur symbolique du/de la guéris·seur/seuse a une fonction soignante et est rassurante d'autant plus dans un contexte de vulnérabilité. Le rôle de l'accueil est central. La solidarité s'organise aussi entre les patient·e·s et est facilitée car le dispensaire constitue un espace d'échange et de discussions autour du vécu et des difficultés.

Un autre lieu visité est le centre de Vox, situé à Exarchia (quartier emblématique des mobilisations anarchistes). Le local se trouve au sous-sol d'un endroit qui a tout l'air d'un café mais qui est bel et bien un squat. Cet endroit est depuis longtemps un lieu de rencontres et de discussions autour des luttes émancipatrices. Les personnes à l'initiative de ce projet étaient déjà militantes et actives dans le quartier. Elles souhaitaient étendre ces actions au domaine de la santé afin de répondre aux besoins importants de la population (beaucoup de migrant·e·s et de personnes sans sécurité sociale) mais aussi dans l'idée de créer un lieu de soin pour les militant·e·s. Il·elles peuvent s'y faire soigner dans un cadre familier en soutenant leurs idées politiques. Cette structure est donc un lieu important pour permettre l'autonomie de la lutte. Son organisation s'articule autour d'assemblées générales qui ont lieu toutes les semaines et qui sont ouvertes à tous·te·s. On y discute des questions de santé (matériel, recrutement de professionnel·le·s, partenariat avec les soignant·e·s exerçant aux alentours) mais pas seulement. Une grande partie des discussions est tournée vers l'action politique et son organisation. Le centre est donc ancré dans le réseau militant du quartier et en revendique l'appartenance. A l'entrée du local, les principes fondateurs du lieu sont affichés : autonomie, autogestion, action antifasciste, antiraciste, antisexiste. Pour l'instant, les usager·es sont des personnes plutôt sensibles à ces questions sans quoi elles/ils n'ont souvent pas connaissance du lieu bien que celui-ci ait la volonté d'être ouvert à tous les gens du quartier (« hormis les fascistes et les personnes portant un uniforme »). Leur activité est diverse et s'opère dans les locaux et dans la rue au cours des mobilisations. La présence de soignant·e·s au cours des actions a permis le développement de la *streetmedic* qui apporte un grand soutien. Tandis que l'action médicale est prépondérante hors les murs, les locaux accueillent en grande majorité des entretiens avec des psychologues.

Devant cette diversité d'actions, et lourd·e·s de nos expériences et volontés de soins, nous avons essayé de repartir de notre but premier : questionner le rapport entre la pratique du soin et le politique, rapport qui nous a mené à nous pencher sur les problématiques de charité, structure et relations humaines dans le soin.

Dans un premier temps, nous avons constaté que le questionnement des relations de pouvoir se transposait difficilement à la pratique médicale. Même quand les rapports de domination sont remis en cause, en particulier à Vox, il existe des limites légales, techniques et organisationnelles qui freinent leur mise en place. On note surtout que c'est souvent une question qui vient en deuxième plan, soit derrière l'action politique soit derrière l'efficacité médicale.

Faites-vous de la charité ?

À la question « faites-vous de la charité ? » aucun des professionnels ne nous a répondu positivement. Pourtant, il nous a semblé que la réponse n'était pas si évidente, et que la frontière entre charité et solidarité était poreuse. Ne pas faire la charité correspond-il seulement à ne pas œuvrer au service d'une religion ? A partager les mêmes conditions que celles·ux qui viennent bénéficier des soins du dispensaire ?

Prenant en considération que ce refus d'appeler ces actions « charité » témoigne d'un réel désir de ne pas induire un rapport de dépendance, nous nous sommes interrogé·e·s sur la conception du soin mise en avant et sur ce que les soignant·e·s attendent en retour de leur aide bénévole.

À Kaningos, il nous a semblé que les bénévoles espéraient former un lieu qui puisse exister par lui-même, grâce à la motivation des patient·e·s et la création d'un réseau d'entraide. Ce tissu de solidarité dépasse la question de la santé. De plus, certain·e·s bénévoles subissent les mêmes restrictions : perte d'emploi, perte de couverture maladie et sont donc amené·e·es à être elles·ux-mêmes patient·e·s de ces centres de santé. Ils attendent une participation collective à la vie politique.

A Hellinikon, au sud d'Athènes, se trouve le troisième dispensaire visité. Il est à l'initiative de médecins et se trouve largement soutenu par la mairie qui met à disposition des locaux de 250 m². Pour les 250 bénévoles qui, pour la plupart, ont un emploi (dont une centaine de médecins), voir la misère dans laquelle est la population est insupportable, et c'est ce qui les pousse à l'action. Ils se sont donc organisés pour un centre très efficace, misant sur une action de grande ampleur. Ils vont jusqu'à interpeller les pouvoirs publics européens, utilisant les trajectoires des patient·e·s consultant dans leur centre pour dénoncer la situation de précarité. Ceci laisse peu de place aux patient·e·s elleux-mêmes et laisse peu entrevoir la possibilité d'une autonomie.

A Vox, comme nous l'avons déjà énoncé, il s'agit de militant·e·s animé·e·s par l'envie politique de créer ensemble quelque chose de radicalement différent, et ce sans la tutelle de l'État. L'action politique prime sur l'action médicale, et

le centre social correspond plus à un lieu de ralliement qu'à un centre d'accueil médical. Son existence participe à l'autonomie de la lutte avec la volonté de se mettre à l'écart de ce qu'on pourrait appréhender comme un système dominant et hégémonique. Il nous a semblé qu'ils préféraient ne pas faire de compromis politique, même si c'était au prix de la vocation de soin de ce lieu. Il n'y a pas là notion de charité puisque leur action est un échange par des militant·e·s pour des militant·e·s, bien qu'alors se pose la question de l'entre-soi.

Cependant, si le but supposé est celui de l'autonomie et de l'abolition des rapports de pouvoir, le fait que l'action soit principalement initiée par des acteurs de soin est probablement un frein à une répartition horizontale du pouvoir et à une déhiérarchisation des savoirs. Nous nous sommes d'ailleurs demandé·e·s quelle devait être l'échelle souhaitée de cette autonomie (et résilience ?) à regagner. Celle d'un groupe de personnes ? D'un quartier ? D'une région ? En effet, les modifications des pratiques ne semblent pas toujours transposables à grande échelle – mais est-ce l'objectif ?

On note également qu'il est difficile, dans ce contexte de crise, d'allier l'action médicale à l'action politique, et que le bon équilibre entre les deux (puisque les deux nous semblent nécessaires) n'est pas évident à trouver. L'urgence de la situation a mis en exergue la confrontation entre le besoin immédiat d'une action efficace et le temps nécessaire à la réflexion.

Par exemple, la place que la/le soignant·e occupe dans les représentations paraît d'autant plus difficile à questionner dans ce contexte d'urgence et de précarité. En situation de vulnérabilité, alors que tous les autres repères et acquis s'écroulent, le statut de soignant·e, déten·teur/trice d'un savoir, mais aussi considéré·e comme celle·ui qui soulage et soutient, peut apparaître comme dernier repère nécessaire auquel s'accrocher. La précarisation « des classes d'encadrement » ne change pas forcément ces représentations, ni d'ailleurs l'idée de supériorité de l'expertise ou celle de la fonction de « guéris·seur/seuse » qui peuvent être attribuées au/à la médecin. Toutefois, la sortie de l'institution peut participer à des rapports qui prennent différemment en compte la singularité des relations de personne à personne. En effet, la/le soignant·e, qui n'agirait plus pour la hiérarchie, l'administration, l'État, se placerait dans une relation singulière de don-contre don, et sortirait de l'uniformisation induite par le système habituel. La personne en demande de soin reprendrait alors un peu de pouvoir sur la définition des rôles de soignant·e, patient·e, et sur la relation de soin. Le type de soin et les thérapeutiques choisies pourraient alors être décidées ensemble plutôt qu'imposées par la/le médecin représentant du pouvoir médical, comme c'est bien trop souvent le cas.

Que faire de l'institution hospitalière ?

En découvrant ces initiatives, en interrogeant les bénévoles ou militant·e·s, mais aussi de par notre propre expérience, nous avons cherché à définir qui doit prendre en charge le soin. Alors que l'État en Grèce se délite, se révèlent des

fractures, mais aussi des points d'accroche de la santé à l'institution étatique. Tenté·e·s parfois par le rejet de celles-ci et de tous produits du capitalisme, l'urgence de la situation nous fait reconnaître que certains de ces objets remplissent des fonctions dont on ne sait pas comment se séparer. Certains actes de prévention ou certains gestes techniques sont indispensables. La chirurgie, la biologie et la radiologie ne sont pratiqués qu'à l'hôpital pour des raisons de matériel, de coût, de niveau technique requis, mais pas que. Le système de soin occidental s'est construit autour d'un hôpital garant de la performance technique, de la recherche et de la centralisation du savoir et savoir-faire. Ce monopole est souvent justifié par la sécurité et la responsabilité face à ces gestes techniques, l'hôpital se portant garant des risques encourus par la médecine.

De plus, il peut être difficile de se tourner vers ces centres de santé car symboliquement, seule l'institution hospitalière paraît assez sécurisante[7] à la fois pour les professionnels et pour les patient·e·s. Pour certain·e·s l'hôpital en tant que prétendu lieu de soin universel peut être perçu comme moins stigmatisant plutôt qu'un dispensaire auprès duquel on doit demander la charité.

Nous n'avons pas trouvé comment transposer ces techniques hors de l'hôpital, ni même déterminé si cela était possible ou souhaitable. On note toutefois qu'à l'heure actuelle, cette concentration des activités est entretenue par une culture médicale qui refuse de s'ouvrir à d'autres pratiques et à partager son expertise. Participer au regain d'autonomie ne pourra se passer d'une transmission autre des savoirs et savoirs-faire. Cette transmission est justement tentée différemment dans les pratiques et les échanges militants (formations, streetmedics, groupes d'auto-support, groupes non mixtes, etc.).

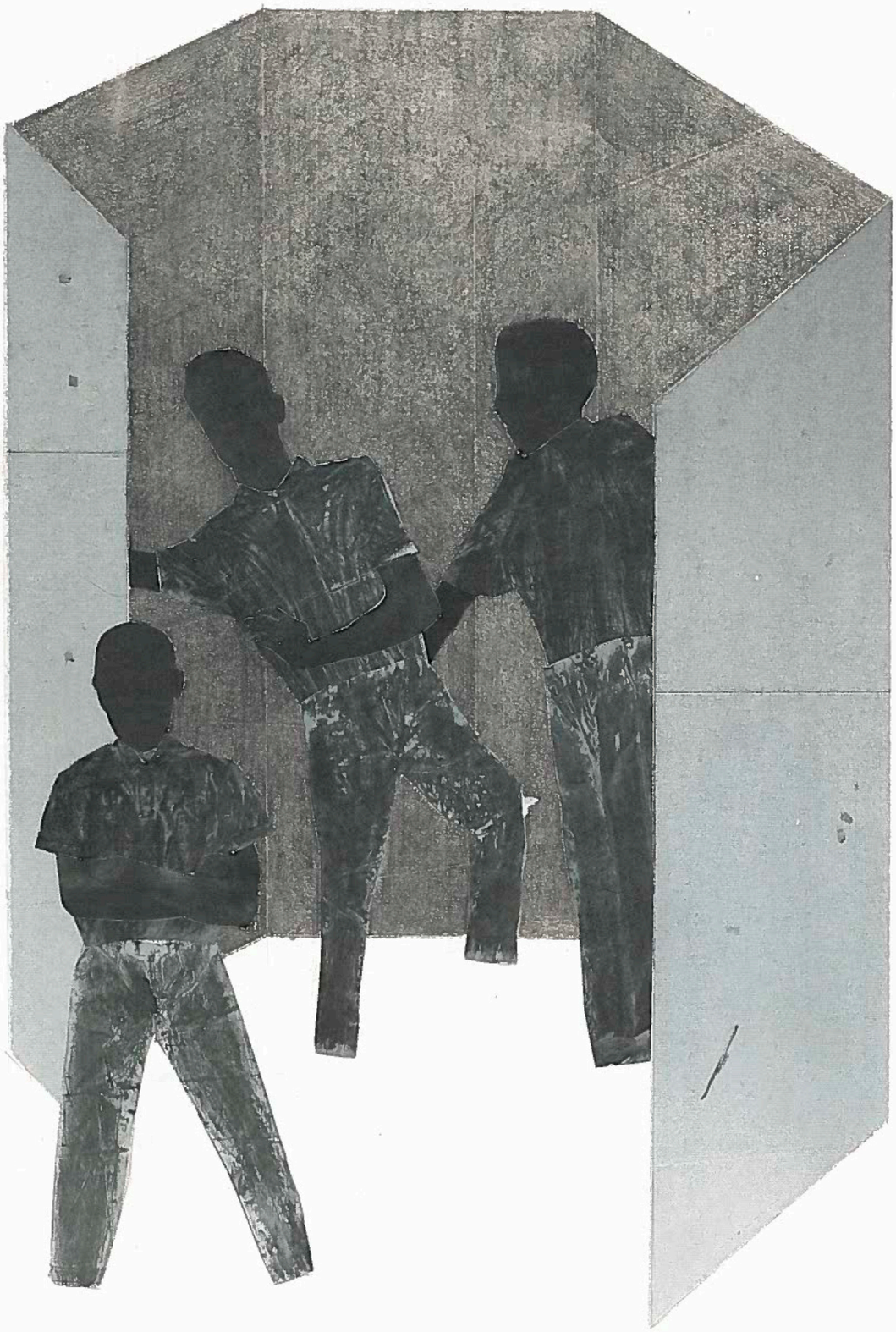
Par l'intermédiaire de l'argent, la relation de charité ou de solidarité est transformée en relation professionnelle. La rémunération va de pair avec la reconnaissance du savoir médical comme apanage du corps médical. Au sein de la formation, le discours scientifique, de fait supposé neutre, porte un discours politique implicite et son adhésion en devient d'autant plus pernicieuse.

La santé donc, tant par la formation des professionnel·le·s que par l'institution publique, apparaît comme à la charge de l'État. Il n'est pas besoin de rappeler que l'état actuel des choses n'assure aucune égalité entre les patient·e·s et entretient un système à deux vitesses (renforcé par les clivages public/privé et villes universitaires / campagnes démédicalisées). L'État s'appuie sur des institutions déshumanisantes tant pour les patient·e·s que pour les soignant·e·s et infiltrée par des logiques de rentabilité et de normes. Est-ce parce que la santé est bien trop souvent appréhendée comme un secteur dépolitisé ?

Entre l'institution devenue machinerie, dont on ne sait pourtant pas s'extraire, et des petites structures pleines tout autant d'utopies que de limites,

7. Sécurisante dans le sens où l'institution hospitalière paraît être un lieu de soin universel supposé accueillir tout le monde et offrir les meilleures chances. On convient bien que dans la pratique, le système tend à ne favoriser que certain·e·s privilégié·e·s et à faire vivre des situations parfois très violentes.

nous avons surtout constaté qu'on ne pouvait pas séparer la pratique de soin et la structure dans laquelle il est pratiqué. On ne peut dissocier le fond de la forme : les relations entre soignant·e·s, soignant·e·s/soigné·e·s ainsi que la choix entre les moyens matériels participent à la définition politique du soin, de la personne et du collectif. La crise lève – ou du moins questionne – certaines barrières inscrites dans les pratiques (élitisme de la classe médicale ? rapports de pouvoirs ? liberté et autonomie du patient ? accès au soin ?) mais il reste un long chemin à parcourir….



Silence, ici on lutte. La délégation du soin dans les milieux anars

Sam Daicrus

La société dans laquelle on vit, basée sur des rapports d'exploitation et de domination, est source de multiples souffrances. Certaines d'entre elles sont liées à un engagement politique anarchiste. Pourtant le soin, entendu dans son acception large c'es,t-à-dire incluant l'attention mutuelle et la reconnaissance de l'autre, semble tenir une place très secondaire voire inexistante dans les pensées et pratiques anarchistes contemporaines. De manière générale, la question du soin y est laissée de coté, tout comme celleux en souffrance ; et ce en dépit de la possible tenue d'un discours critique de la psychiatrie[1]. Tout cela est généralement renvoyé hors des « temps politiques », c'est-à-dire dans le domaine dit « privé »[2]. En pratique, on délègue ces questions et leurs implications aux meufs[3], aux proches et aux institutions medico-sociales.

Cette mise à l'écart du soin vient pour partie d'une définition restreinte et biaisée de celui-ci, mise à distance théorique et pratique entretenue par la médecine moderne occidentale et reproduite dans le milieu anarchiste. Il semble alors nécessaire de se défaire de cette idée préconçue du soin, notamment en montrant la multiplicité des manières de l'envisager, entre autre à travers l'attention à soi-même, aux autres et à ce qui nous entoure. J'aimerais que ce texte puisse être lu comme une invitation à penser, inventer, re-découvrir collectivement des formes de soin plus étendues et plus en accord avec des relations librement consenties, c'est-à-dire s'inscrivant dans une co-construction et non une dépossession. Bref, à redonner un sens et une pratique anarchiste au soin.

Construction sociale des maladies et des remèdes qui l'entretiennent

Notre société est en bonne partie sous-tendue par des rapports de domination et d'exploitation. Envisager le soin ne peut se faire sans prendre en compte ce contexte. En effet, se sentir épanoui·e et libre quand on doit continuer à vivre dans un environnement mortifère et oppressant semble difficilement envisageable.

1. Critique émergeant peut-être du lien entre psychiatrie et enfermement, renvoyant alors celle-ci du coté des luttes anti-carcérales, objet de lutte bien plus investi que celui de la psychiatrie.

2. Si tant est que l'on puisse définir un temps qui serait politique et un temps qui ne le serait pas, de même que l'on pourrait laisser les relations de pouvoir à la porte des foyers.

3. Le terme meuf ou femme renvoyant majoritairement dans ce texte aux individu·es désigné·e·s comme appartenant au genre femme .

S'il sera principalement question dans ce texte de relations entre « militant·e·s »[4], il n'est pas à négliger que c'est bien contre les structures de domination, dont certaines bien matérielles, qu'il s'agit de lutter. Car même à penser que dans une société libérée la maladie n'existerait plus, il reste encore du taf d'ici là. Tout cela ne peut donc se faire sans luttes contre les institutions et idéologies à l'origine ou reproduisant des pensées et pratiques de domination et de dépossession, notamment celles à l'oeuvre dans la médecine occidentale moderne.

Il va s'agir de déconstruire ce que nous avons intériorisé de cette dernière (sa nécessité, sa pratique, son langage…) ce qui amène à interroger ce qu'on nomme maladie, ce qui relèverait du pathologique, du gênant qu'on préfère ignorer. Le soin dépasse les définitions médicales et s'il y a désaccord avec la médecine moderne sur ce qu'exprime une souffrance, sur ce qui, au fond, la provoque, alors les manières d'agir ont de bonnes chances de différer, parfois radicalement. Mais la critique de l'institution médicale ne sera ici que périphérique : si la nécessité de la destruction de son pouvoir de nuisance ne fait pas ici de doute, il sera surtout question de ce que l'on construit ; construction qui, en retour, peut participer à son sabordage.

L'agir politique comme sens et la souffrance comme négation du collectif

On se soutient en cas de procès mais bien peu en cas de *bad*, ou alors en dehors des temps d'organisations et d'actions politiques. Pourtant, ces situations se présentent parfois, voire souvent du fait de nos choix de vie et pratiques politiques (parmi d'autres : perception parfois plus aiguë des rapports de domination, affrontement avec les keufs). Il semble alors légitime de poser en amont la question de la gestion collective de la santé comme on le fait déjà pour d'autres trucs (organisation d'actions, luttes sociales, comité de soutien, etc.).

Il ne s'agit pas de dire que tous les groupes politiques entretiennent une froideur affective, une négation complète de nos fragilités au nom d'un dévouement totale à une cause extérieure rejetant de nous ce qui ne la sert pas. Pourtant, l'idée de collectif semble souvent se borner à l'invitation de cette seule part – simulée ou non – de soi, le reste relevant de l'en-dehors des temps d'action et d'assemblée. Peut ainsi s'y exercer, à divers degrés, des impératifs d'efficacité, d'urgence, une certaine exigence virile et la construction d'un rapport de force mettant de coté ce qui ne semble pas directement y œuvrer. La part de soi que l'on consacre à l'activité politique peut être profonde quand s'y déploie une recherche de sens et une raison de vivre, l'impression de faire quelque chose d' « utile » et de participer à l'élaboration d'une vie plus juste. Cela amène parfois à se fondre dans l'activisme. Qu'en est-il alors lorsque l'usure ou la lassitude nous ronge, qu'on perd le rythme voire le sens des luttes que l'on mène ? Ne plus être en capacité de militer peut par conséquent laisser

4. Dans ce texte – à défaut d'avoir trouvé un terme plus adéquat – j'entendrai par « militantisme » le fait de d'avoir une pensée politique – ou du moins s'en prévaloir – visant l'auto-détermination collective et de la mettre en pratique dans sa « vie quotidienne » comme au sein de luttes.

place à un vide, aussi bien en soi qu'autour de soi. On risque alors de combler ce vide par ce que notre société a rendu plus accessible parce que préformaté à l'échelle des normes dominantes comme la consommation d'un bien-être superficiel en kit ou de luttes réformistes.

S'il semble masqué ce que l'activité politique fait directement endurer, il en est de même pour l'expression des souffrances dont les causes semblent moins dépendre de cet engagement : avoir peur de soûler si on en cause ; se dire que c'est pas le moment ; hésiter à se montrer sous un jour plus vulnérable ; cela et d'autres raisons peuvent pousser à garder ses difficultés et douleurs pour soi. Sauf que les liens se défont de fait : on (s')éloigne de celleux qui ne vont pas bien, ou alors on botte en touche quand faut en causer. Agir à plusieurs est différent d'agir collectivement ; et quand la souffrance devient trop visible, des individu·es se retrouvent à couper les ponts par obligation supposée de n'envisager leur souffrance qu'en négation du collectif.

Veiller à ce qui lie

Comment alors faire en sorte que le soin ne soit pas seulement, comme il semble l'être actuellement, un supplément d'âme et/ou un parent pauvre du politique, mais une de ses composantes essentielles afin que se mêlent commun et singularité dans un mouvement d'autonomie politique ? Comment faire pour que la question de la souffrance et celleux qui la subissent ne soient pas synonyme d'une (auto-)mise à l'écart ?

Comme il en sera discuté plus loin, cela peut en passer par la mise en place, si nécessaire, d'outils, de cadres pour que soient plus accueillants et inclusifs les espaces politiques. Mais tout outil destiné initialement à contrecarrer des rapports de pouvoir ne peut être être en soi suffisant et peut ainsi être détourné si rien n'empêche qu'il soit un n^{ième} tremplin à des comportements dominants[5]. Il est donc nécessaire de lier cela à un travail de fond et une vigilance/action sur les situations d'oppression. Créer du collectif et du commun dans une perspective anarchiste ne peut se faire sans un souci de l'autre, de sa singularité. Ne pas invalider de suite ce qu'elle/il exprime, le prendre en compte, c'est ainsi reconnaître une valeur de légitimité à l'autre, lui permettant ainsi de prendre de l'assurance aussi bien dans, qu'en dehors des collectifs politiques. Tout cela peut difficilement se faire sans la construction de rapports de confiance permettant que ne soient pas tus certains désaccords par crainte de se brouiller avec des membres d'un collectif auquel on participe ou de se voir exclu·e·s de certains espaces. Il n'est pas pour autant question

5. Pour ne prendre que cet exemple, les tours de paroles peuvent parfois ne donner lieu qu'à une succession d'interventions à rallonges entre experts de la militance dont la position sociale dominante leur permet une aisance à l'oral. Si, dans le même temps, d'autres participant·e·s à ces temps d'assemblée font l'effort de se mettre en retrait, du moins de ne pas trop accaparer la parole, alors ne s'entend plus que la voix des dominants. La brochure « Paranormal tabou et autres textes sur les violences intracommunautaires » (disponible ici : https://paranormaltabou.wordpress.com/) montre bien comment la mise en place de certains outils pour rendre des espaces plus à l'abri des comportements oppressifs, plus safe, peuvent aussi permettre de nier les conflits à l'avantage des dominants

d'accueillir cordialement tout et tout le monde. La bienveillance n'est pas envisagée ici comme absolue, d'autant moins quand celle-ci conduit à faire taire les divergences et les conflits.

S'il est important de prendre soin des individu·e·s, il en est de même concernant les liens, les collectifs et les médiations qu'il faut fabriquer. Ces médiations peuvent se façonner par la participation à des ateliers « pratiques » permettant notamment de sortir du cadre « réu autour d'une table ». Que ce soit sous la forme bouffes communes, de bricolage, de jardinage, ou autre, ces pratiques partagées peuvent permettre des rapports plus souples, moins « étouffants », plus libérés. Pouvoir faire autre chose que parler ou se taire et écouter (ou gribouiller avec application un bout de table ou de feuille) peut contribuer à se sentir moins isolé·e et pouvoir plus facilement participer. Tout cela peut avoir comme effet de se sentir plus en confiance et de trouver plus facilement une place, de libérer la parole, et d'amorcer plus facilement les premiers contacts. C'est aussi l'occasion de prendre du plaisir dans la pratique politique radicale, de l'envisager autrement que comme labeur, de créer des moments autres que le face à face. S'il a été dit que certaines souffrances semblent très fortement liées à un engagement politique, ce dernier peut aussi être source de vie, de joie, d'espaces permettant de trouver une cohérence entre ses pensées et ses pratiques et ainsi de s'alléger de certaines contradictions qui peuvent s'y jouer. Ce sont aussi des moments où peuvent s'échafauder des solidarités concrètes (mutuelles, groupe d'auto-défense et d'auto-supports), des formes de soutiens à la subversion de l'existant.

Au final, porter de l'attention aux liens qui tissent le collectif c'est réunir des conditions d'une pleine participation de chacun·e et de véritablement tendre vers le consensus. En cela le soin s'inscrit dans tout un travail collectif, de création de condition d'une vie plus libre.

Rôles, séparation des tâches et mise à distance

Le non-questionnement collectif du soin, sa mise à distance se reflète par le fait que celui-ci est le plus souvent assigné à des catégories d'individu·e·s ou à des institutions et l'on s'en remet ainsi, par défaut voire par confort, aux formes de soins conventionnées par le pouvoir en place. On retrouve ici les séparations des rôles et espaces : celleux qui vont pas bien c'est aux meufs, à l'entourage, à l'hosto de s'en occuper, cela n'a rien à faire dans les espaces d'organisation politique. Cette vigilance aux relations qui s'opèrent dans le groupe est le plus souvent – voire systématiquement – dévolue les meufs sans que, à de rares exceptions près, tout cela ne soit clairement posé et questionné.

Cela fait écho à la manière dont, en France notamment, la médecine moderne s'est construite contre les femmes : d'abord, quand l'Église était plus influente, en les dénonçant comme pratiquant une médecine empirique[6], puis

6. C'est-à-dire des pratiques de soin se construisant en premier sur la base de l'expérience et non sur les seules théories ou de dogmes. A travers un savoir(-faire) implicite, intuitif, acquis par l'expérience, cette vision du soin se focalise davantage sur la personne qui souffre que sur la maladie dont elle souffre.

en les excluant des facultés de médecine en les cantonnant aux soins infirmiers. « Soigner, dans son sens le plus plein, consiste à apporter à la fois des remèdes et des soins, à être docteur et infirmière. Les guérisseuses empiriques des temps anciens[7] avaient combiné les deux fonctions et étaient estimées pour les deux. […] Mais avec le développement de la médecine scientifique et avec la profession médicale moderne, les deux fonctions furent irrémédiablement séparée. […] Les métiers de docteur et d'infirmière apparurent comme des fonctions complémentaires, et la société qui avait défini le métier d'infirmière comme féminin pouvait facilement considérer que celui de docteur était intrinsèquement masculin. […] Avec sa sensibilité et sa spiritualité innée, elle ne pouvait trouver sa place dans le mode rude et linéaire de la science. Avec son esprit de décision et sa curiosité, il ne pouvait patienter de longues heures au chevet des malades. »[8]

Si cette distinction se ressent toujours dans la répartition des postes au sein des se(r)vices pas toujours hospitaliers[9], cela prend aussi bien corps dans toutes les strates de notre société patriarcale : aux hommes le pouvoir, le savoir et la technique ; aux femmes la sensibilité, les positions subalternes et l'adaptation aux besoins des autres.

Co-construction et réappropriation

Bien souvent, être soigné·e c'est confier une part de soi à quelqu·e d'autre. Mais s'identifier à l'autre dans ce cas (pour des similitudes de classe, de genre, de culture, etc) peut permettre de prendre en soi l'image de sa force et en nourrir sa propre confiance. Dans le cas opposé, comme l'écrit Starhawk, si on « m'oblige à me tourner vers des hommes lorsque je cherche du soin et de l'aide dans les expériences les plus féminines, j'entends très clairement que je suis incompétente, incapable de prendre soin de moi. »[10] Viser l'autonomie politique c'est se définir soi-même et sa vie dans les termes que l'on choisit à travers notamment des relations et associations librement consenties. Il n'est pas ici question d'individu·e auto-suffisant·e : détruire les assignations à des rôles, fonctions et expertises et, partant, le pouvoir sur d'autres que cela peut engendrer, ne signifie pas que chacun·e doit être doué·e en tout, savoir tout faire seul·e.

---

7. Les auteures font probablement références à l'époque précédant les chasses au sorcières qui débutèrent au XIVème siècle en Europe [NdR].

8. Ehrenreich Barbara, English Deirdre, *Sorcières, sages-femmes & infirmières - Une histoirE des femmes soignantes*, 1973, 2010, 2014 (Éd. Cambourakis, trad. L. Lame), p. 98-99.

9. L'effectif totale des employé·e·s au sein du monde médical tend actuellement à être paritaire. Reste que la distinction entre spécialités « féminines » et « masculines » a, dans la pratique, toujours cours. Par exemple, d'après une enquête de la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques réalisée en 2015, en pédiatrie les médecins sont très majoritairement des femmes (66,8 %) alors qu'en chirurgie générale elle ne sont plus que 16,8 %. De même environ 90 % des aides soignant·e·s et infirmier·e·s étaient des femmes en France en 2011 (Source : Dares, d'après Insee - Données 2011). Pour autant, que la répartition des taches ne soient plus conditionnée par l'appartenance à tel ou tel genre n'enlèvera que bien peu au fait que le milieu médical occidental reste à détruire.

10. Starhawk, *Rêver l'obscur. Femmes, magie et politique*, Ed. Cambourakis, 2015 (1982), p. 303.

L'idée ici est celle d'une co-construction, de faire ensemble et pas seulement laisser faire celleux qui sauraient, qui feraient autorité. Je me soigne avec et pas seulement par quelqu'un. C'est un savoir(-faire) qui se partage, qui vise une autonomie collective et individuelle. Faire avec et non à la place de quelqu'un·e peut permettre de révéler à chacun·e ses propres ressources et capacités. Soigner sous contrainte n'a pas de sens[11] et le consentement ne peut être « plein » qu'à la condition que ce qu'exprime l'individu·e soit pris en compte. La qualité de l'écoute est aussi importante que celle de la parole et il semble alors nécessaire de se mettre au niveau des individu·e·s, de ne pas invalider de suite ce qu'elle/il exprime, au contraire de la médecine moderne occidentale qui ne prend en compte que les signes corporelles et ignore la parole des patient·e·s tout en enrobant la sienne d'une raisonnable expertise sauce latine.

L'idée est de sortir autant que possible d'une relation thérapeutique et asymétrique, d'être compagnon·ne plus encore que soutien. Mais prendre en compte la singularité des individu·e·s, faire preuve d'une certaine empathie, même dans leurs « délires », ne veut pas dire s'oublier soi-même. Le consentement et la compréhension se doivent d'être autant que possible réciproques. S'agissant des « délires », envisage-t-on la situation comme simple non concordance de perception du réel ? Si l'on ne parvient pas à créer un certain commun, une certaine réciprocité mais que s'entretient tout de même une relation, ne reste-t-on pas malgré soi dans une posture thérapeutique vis-à-vis de l'autre ? Que notre relation avec l'autre se limite ou non à un rapport de soin, ne pas s'oublier soi-même quand on soutient quelqu'un·e, c'est se permettre de prendre en compte que nos disponibilités ne peuvent toujours s'offrir sans aucunes réserves. C'est ainsi délimiter explicitement les espaces et les temps au sein desquels on est à même de soutenir quelqu'un·e, d'être « dépositaire » d'une certain mal-être.

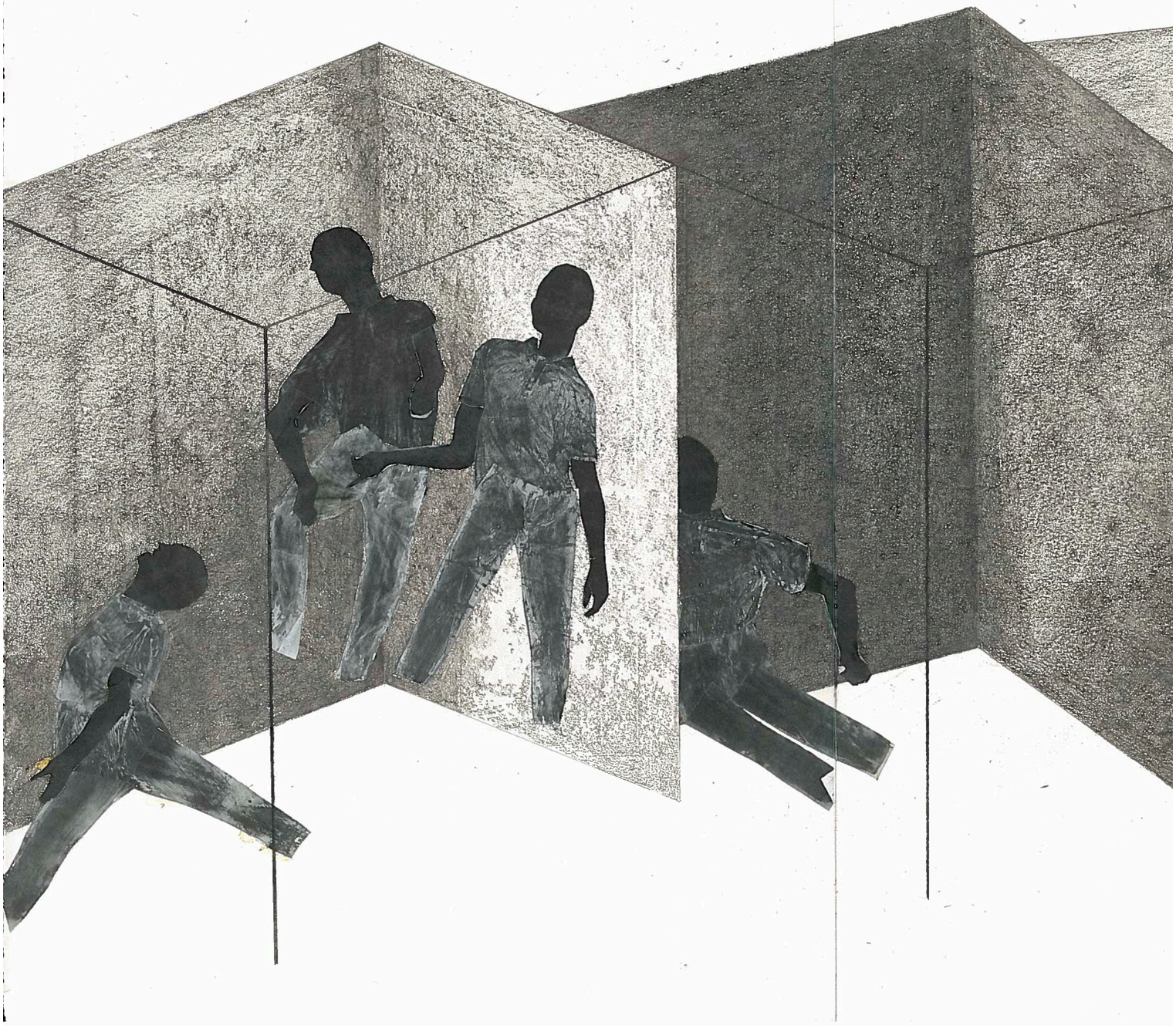
Autonomie

Si l'on s'oppose aux institutions médicales oppressives et vise autant que possible à s'en émanciper, il semble pour le moment difficile de s'en passer totalement. Que les maux que l'on souhaite y faire guérir soient d'origine sociétale ne change rien à l'affaire : on doit encore dealer avec l'existant, en amont comme en aval des souffrances qu'il produit. Il ne s'agit pas pour autant de collaborer ou d'adopter une posture passive face aux rouages médicaux (et l'internement qui peut aller avec), mais de multiplier les prises que l'on a sur eux et les manières d'y glisser des grains de subversion et de résistance. Si l'action « directe » collective n'est pas toujours possible (notamment pour ne pas être trop intrus·ive/if vis-à-vis de l'individu·e), des formes de soutiens et d'accompagnements sont possibles durant les consultations et autres rendez-vous médicaux permettant de montrer que l'individu·e n'est pas seul·e, de créer un rapport de force avec l'institution (ceci étant d'autant plus nécessaire en cas d'internement en hosto psy).

11. Du moins si sa destination est l'épanouissement de l'individu·e et non son contrôle et sa soumission.

Il existe une multitude de manière de faire et de prendre soin. On est souvent déjà à même de proposer plein de choses, de les lister, de les visibiliser. Cela peut notamment se faire à travers des ateliers divers permettant de plus simplement s'exprimer ou « juste » se faire du bien (la parole n'est pas tout…). Il peut s'agir aussi de confection de ses remèdes, d'automédication, d'auto-diagnostic. Cela peut aussi consister à aider à faire face aux tâches quotidiennes (coup de main, entraide, aide aux c(h)ourses ou au remplissage de paperasse) quand un·e individiu·e·s ne s'en sent pas la force, voire de lui permettre de « se mettre au vert » quelques temps, de faire rupture avec une quotidienneté oppressive. Il semble en tout cas nécessaire de mettre ces expérimentation en commun, de mutualiser ses propres remèdes/solutions/outils. Si ceux-ci ne sont pas forcément transposables à d'autres individu·e·s, il peut néanmoins y avoir des questionnements, expériences et vécus communs à partir desquels peuvent émerger des réponses partageables. Ce qui relève du soin et de l'attention à l'autre ne devrait pas être seulement assigné à la sphère privée, aux meufs et au domaine médical mais être l'affaire de tout·e·s celleux cherchant à créer des relations plus égalitaires et des vécus plus libres.

Janvier 2018



Janvier 2018